

国際医療福祉大学審査学位論文（博士）  
大学院医療福祉学研究科博士課程

認知症在宅生活支援における  
ケアマネジャーの困難感の分析

平成 27 年度

保健医療学専攻・先進的ケア・ネットワーク開発研究分野  
木村 暢男

# 認知症在宅生活支援における ケアマネジャーの困難感の分析

木村 暢男

## 【要旨】

認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感を明らかにするために、25名のケアマネジャーに対する1対1の半構造化面接と2,102名のケアマネジャーに対する質問紙調査を行った。まず、半構造化面接によって得られた内容をKJ法を用いてカテゴリー分類を行い、ケアマネジャーの困難感を5のコアカテゴリー、10のカテゴリー、62のサブカテゴリーに分類・整理した。その62のサブカテゴリーを質問項目として質問紙を作成し、郵送による留置き自記式質問紙調査を行った結果、907名のケアマネジャーから回答が得られた。回答されたデータを因子分析した結果、13因子が抽出された。13因子の内訳は、周辺症状に伴う困難感が4因子、医療機関との連携に伴う困難感が5因子、その他4因子であった。そして、周辺症状の軽減、医療機関との連携、そして、家族支援を促進することがケアマネジャーの困難感の軽減に有効であることが示唆される結果となった。

キーワード：認知症 在宅 ケアマネジャー 困難感

# Analysis of a feeling of difficulty of Care manager in home life support of the person with dementia

Nobuo Kimura

I performed one to one semistructured interview for the Care manager of 25 people and inventory survey for 2,102 Care managers to clarify a feeling of difficulty of the Care manager in home life support of the person with dementia. At first, I performed the category classification of contents by KJ method provided by a semistructured interview, and a classification arranged a feeling of difficulty of the Care manager in 5 corecategories, 10 categories and 62 subcategories. I made a question paper as a result of a question itemizing 62 subcategories, and having performed inventory survey by the mail, an answer was provided from the Care manager of 907 people. As a result of having performed a factor analysis of replied data, 13 factors were extracted. As a breakdown of 13 factors, four factors were related to behavioral and psychological symptoms of dementia, five factors were related to cooperation with medical institutions, and four factors were related to the others. And it was suggested that promotion of the reduction of behavioral and psychological symptoms of dementia, promotion of the cooperation with the medical institutions, promotion of the family support were effective for reduction of a feeling of difficulty.

Key words : dementia, at home, care manager, a feeling of difficulty

## 【目次】

### I 研究の背景

1. 認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの現状と課題・・・・・・・・・・1
2. 認知症の人の退院支援におけるケアマネジャーの現状と課題・・・・・・・・・・2
3. 認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感がもたらす弊害・・・・4
4. ケアマネジャーが認知症の人の在宅生活を支援する意義・・・・・・・・・・5

### II 本研究における用語の定義・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6

### III 研究の目的・意義

1. 研究の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
2. 研究の意義・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7

### IV 研究方法

1. 研究デザイン・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
2. 本研究における調査対象・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
  - 1) インタビュー調査
  - 2) 質問紙調査
3. 調査期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
4. 調査方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
  - 1) インタビュー調査
  - 2) 質問紙調査
5. データの分析方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
  - 1) インタビュー調査
  - 2) 質問紙予備調査
  - 3) 質問紙調査
6. 倫理的配慮・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

### V 研究結果

1. インタビュー調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
  - 1) インタビュー調査対象者の属性
  - 2) インタビュー内容から抽出された「意味あるまとめり」
  - 3) KJ法を用いた「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」の  
カテゴリー分類
2. 質問紙調査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20
  - 1) 質問紙用紙作成のための予備調査の結果

2) 質問紙調査の結果

**VI 考察**

- 1. 「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」  
の因子分析について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42
  - 1) 抽出された 13 因子に関して
  - 2) 「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」の構造
- 2. 入院による周辺症状の悪化および医療機関との連携に伴う困難感について・・・・・・ 54
- 3. 家族支援に関する困難感について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 60

**VII 結語**

- 1. 研究結果のまとめ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 63
- 2. 残された課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 63

謝辞・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 65

参考文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 66

資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 71

## I. 研究の背景

### 1. 認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの現状と課題

超高齢社会のわが国において、65歳以上の認知症高齢者は、2012年時点で約462万人に上がり、認知症になる可能性のある軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment）高齢者は、約400万人と推計されている<sup>1)</sup>。高齢者の4人に1人が認知症とその予備軍になることから、認知症対策は早急な政策課題と位置づけられており、厚生労働省は、認知症を持つ人のBPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（以下、周辺症状）等による本人自身や家族の「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」を基本におく認知症ケアパス（認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを基本目標として、平成25年度から平成29年度までの5年間の具体的な計画として「認知症施策推進5か年計画」（オレンジプラン）を策定した<sup>2)</sup>。それまでは、認知症の人が周辺症状等により危機的状況が生じてからの事後的な対応が主眼であったが、オレンジプランにおいては、周辺症状等による危機的状況の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」を基本におくことにより、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指し、認知症ケアパスの構築を進めている<sup>3)</sup>。

認知症ケアパスを構築する上で欠かせない存在が介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）である。「認知症の人が地域で暮らし続けていくためには、認知症に対応できる社会資源の整備と適切なケアマネジメントの両者が不可欠であり、それらが相互に組み合わせられることで認知症ケアパスが機能する」<sup>4)</sup>といわれるように、ケアマネジャーは、認知症の人ができる限り地域で住み続け、生活の質（QOL）を維持していくことができるための地域における支援の要であり、認知症の人と家族にとっては最も身近で頼れる存在である<sup>5)</sup>。しかし、ケアマネジャーが地域で介護が必要な高齢者を支援する際、様々な困難があることが指摘されている。居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書<sup>6)</sup>によると、ケアマネジャーが困難と感じるケースとして、「ケアマネジャーが必要と考えるサービスを受け入れない」、「本人と家族の意向が異なる」、「認知症などで意思表示が困難である」、「状態の変化が著しい」、「医療ニーズが高い」、「自己負担できる金額に制限がある」、「独居である」等が挙げられている。また、吉江ら<sup>7)</sup>は、ケアマネジャーがケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因を、12種類の類型を用いて調査した。その調査によると、困難ケースの類型は「認知症」、「独居」、「家族関係不良」、「苦情・要求過多」、「意向にズレ」、「経済的問題」、「サービス拒否」、「キーパーソン不在」、「医療依存」、「精神障害」、「虐待」、「事業所との関係不良」の12類型に分けられ、その中において、「認知症」のケース対応に困難感を持つケアマネジャーが最も多い結果となっている。これらの結果から、ケアマネジャーは、さまざまな困難感を抱えながら在宅で生活する高齢者を支援していると考えられるが、その困難感の中でも、認知症の人の支援に関する困難感は大きな位置を占めていることが推察される。更にケアマネジャーの主治医との連携に関する悩みとして、「主治医と話し合う機会が少ない」、「主治医側から協力的な姿勢や対応が得にくいなど、障壁を感じる」、「主治医に情報提供しても活用されないことが多い」、「医療に関する表現や用語の難

解な部分について分かりやすい説明が得られない」、「主治医に利用者の自宅での生活への理解や関心が不足しており、コミュニケーションが困難な場合がある」等が挙げられており<sup>8)</sup>、ケアマネジャーが在宅におけるケアマネジメントにおいて、認知症の人や家族への直接的な支援に関することだけではなく、他職種との連携においても困難感を抱えていることが示唆されている。

認知症の人の在宅生活支援においては、中核症状および周辺症状が出現することにより、見守り環境の整備、家族の精神的ストレスの軽減、サービス調整等において、非認知症の人の支援と比較して、ケアマネジャーは多くの困難感を抱えていることが予想される。海外に目を向けると、アメリカ合衆国のケースマネジメントにおいては、ケース管理が難しい場合、集中的な管理によるサービス提供（Home and Community Based Services：HCBS）を行う地域があることが報告されている<sup>9)</sup>が、認知症の人のケース管理は困難を伴うことが多いため、HCBSの対象になる確率は高くなるといわれている。我が国においても、医師・看護師・作業療法士等の複数の専門家からなる「認知症初期集中支援チーム」の活動が始められているが、まだ軌道にのっているとは言いがたい状況であり、認知症の初期段階から重度の段階に至るまで、ケアマネジャーが中心となって在宅生活の支援を行っているのが現状である。

## 2. 認知症の人の退院支援におけるケアマネジャーの現状と課題

認知症ケアパスを構築するための基本的な視点のひとつとして「退院支援・地域連携クリティカルパスの作成」が挙げられており、認知症高齢者が病院へ入院した時から、退院後に必要なサービスを受けるための諸手続き等を円滑に行うための体制整備や、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進している<sup>10)</sup>。医療と介護の連携による退院支援における介護側のキーパーソンはケアマネジャーであると考えられる。ケアマネジャーは、退院する認知症の人が介護保険制度の要介護認定を受けて、退院後に介護保険制度のサービスを導入することになった場合、サービスを調整し、どのサービスを導入するかを検討し、ケアプランを立て、サービス提供事業所に依頼する。またその際、病院側はケアマネジャーがケアプランを立てるために必要な情報、アセスメント内容、患者・家族の意向等を伝え連携することになる。つまり、ケアマネジャーが行うケアマネジメントとは、「多様な生活課題（ニーズ）を持つ利用者と家族が、自己の能力を最大限に発揮しながらもさまざまな社会資源を活用することで、生活の質を高めるとともに自立を支援する活動」<sup>11)</sup>であると言え、その目的に向かって連携をしていくことになる。この病院とケアマネジャーの連携が行われることによって、認知症の人は病院からスムーズに在宅生活に戻れることになるが、医療機関とケアマネジャーの連携においても多くの課題があることが指摘されている<sup>12)</sup>。特に、退院時カンファレンスへの参加に関して病院からケアマネジャーへの連絡が来ない、退院支援に対する医療側からの協力的な姿勢や対応が得難い、医療側とのコミュニケーションがうまくいかず必要な情報がケアマネジャーへ正しく提供されていない等、ケアマネジャー側から病院との連携上の困難があることが示されている<sup>13)</sup>。また、厚生労働省によると、平成26年度の第17回介護支援専門員実務研修受講試験合格者の保有資格は、介護福祉士・社会福祉士・相談援助および介護等業務従事者の介護福祉職が9割を超え、ケアマネジャーにな

る人の多くが非医療職であることが示されている<sup>14)</sup>。そのため、医師・看護師等の医療職と介護福祉職の使用言語の違い、患者の退院後の生活に対する認識の違い等の、医療と介護の意思疎通や支援目的の食い違い等の連携上の問題があることも考えられる。実際、東京都内の病院と居宅介護支援事業所に行った調査によると、病院とケアマネジャー双方の約6割が「医療サイドと福祉サイドで、在宅生活が可能かどうかの捉え方の違いがある」との結果が出ている<sup>15)</sup>。篠田は<sup>16)</sup>、医療職と福祉職の支援の視点の違いを指摘し、病院での患者支援は「医学モデル」を基にして行われていることを示している。医学モデルとは、疾患や障害を原因として捉える「原因—結果モデル」であり、原因となる問題を解決することが第一義的な目的となる。医療職は患者の問題点やマイナス面を探して、それらを取り除くことや治療を施行するために問題指向型のアプローチを行う。このような考え方は、治療による治癒が期待できるケースには有効であるが、認知症の人のように治癒が望めないケースに医学モデルで対応すると問題は解決できないことになるため、患者の支援は行き詰まってしまうことにもなりかねない。その一方で、福祉職が指向するのが「生活モデル」である。生活モデルは、個人の身体・心理・環境状況の関係性の中で問題を捉え、問題解決を図っていく方法である。障害や疾病といったマイナス面だけに着目するのではなく、マイナス面を持ちつつもプラス面を増やし、その人の目指す生活に近づける目標指向型アプローチである。支援を必要とする人を「生活者」の視点で捉えるモデルであり、在宅で生活する認知症の人を支援する場合には、生活モデルによるアプローチが必要であるといえる。このような医療職と福祉職が指向するモデルの違いが、連携上の障壁になっていることも否めない。

また、認知症の人が疾患により入院すると、環境の変化、活動の制限、身体的・精神的苦痛、治療や検査による身体的侵襲等により、認知状態が悪化しやすい。鈴木<sup>17)</sup>は、急性期病院で多く見られる認知症症状に関連した高齢者の状況として、「入院のために一時的な混乱状態にある高齢者」、「入院あるいは治療の結果生じた混乱状態が認知症の発症につながる高齢者」、「入院後、言語的なコミュニケーション能力の障害によってニーズや症状が放置され、潜在的な疾患が悪化する軽度・中度認知症高齢者」、「入院のためのストレスや混乱の結果生じた治療の拒否や看護への抵抗などの症状のある重度認知症高齢者」の、4つの状況があることを明らかにしており、入院による変化は認知症の人にとっては大きなストレスをもたらすことを示している。そのため、周辺症状の悪化に伴う家族の介護負担増、徘徊による本人の生命上の危機等により、退院後の在宅生活の継続が困難になることが考えられる。ケアマネジャーは、認知症の人の退院支援にあたり医療側と連携を取り、在宅環境を調整し、本人と家族ができるだけスムーズに在宅生活に移行できるように支援を行うが、繁信らの調査<sup>18)</sup>によると、認知症の人が精神科病院からの退院が困難である理由としては、「受け入れ可能な施設がない」、「治療できない行動・心理症状がある」、「家族の拒否」、「身体疾患、薬の副作用」、「経済的な理由」等が挙げられており、医療と介護の連携上の課題以外にも、在宅サービス提供側の課題、家族または本人の拒否、在宅復帰後の周辺症状の増強、支援側と地域社会との連携上の課題等により、退院支援に困難が生じる可能性が考えられる。



### 3. 認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感をもたらす弊害

在宅生活の支援を行うケアマネジャーは、在宅で介護が必要となった高齢者の生活を支援する対人援助の専門家であるため、支援における困難感や避けて通れないことであると思われる。しかし、原ら<sup>19)</sup>によると、介護老人保健施設で働く介護職員の仕事満足度と認知症ケアの困難感には有意に相関し、認知症ケアの困難感が高いと仕事満足度が低下することが示されている。介護職員とケアマネジャーの困難感は同じであるとは言いがたいが、同じ対人援助職として、ケアマネジャーの認知症を抱える人の在宅生活支援における困難感や、ケアマネジャー自身の職務満足度を低下させると共に、ケアマネジメントの質の低下やケアマネジャーの離職に繋がる可能性が考えられる。また、倉ら<sup>20)</sup>によると、介護保険制度におけるケアマネジメントで最も時間を要する事例の特徴として、「利用者の医療的ニーズ」、「利用者の認知機能・意欲の低下」、「利用者の行動・心理状態の不安定さ」、「利用者の過剰な要求」、「利用者の介護サービスに対する否定的態度」の5つが挙げられており、それらの事例に対しては多くの困難が伴うことを明らかにしている。そして、ケアマネジャーの困難感が高い利用者に対しては、ケアマネジメントに時間がかかるため、ケアマネジャーの仕事の負担感を増大させ仕事の質を低下させる可能性があることも指摘されている。

一方、困難感がケアマネジャーの仕事の質に与える内容に目を向けると、ケアマネジャーは対人援助職であるため、認知症の人の在宅生活支援における困難感の増強に伴い、認知症の人に対するコミュニケーションやパーソンセンタードケアを中心とした直接的な対人援助内容の低下を招く可能性が考えられる。高齢者施設における介護職員の認知症高齢者への対応困難感が対人交流に与える影響を調査した結果によると<sup>21)</sup>、介護職員の認知症高齢者への対応困難感と尊厳を低める対人交流には、正の関連性が認められている。認知症の重度化に伴い介護職員が抱く対応困難感や認知症高齢者の個別性と尊厳に配慮した対人交流を阻害する傾向が強くなることが明らかになっており、認知症ケアの中核をなすパーソンセンタードケアを実践するためには、まず、介護職員自身の困難感を軽減する必要があることが示されている。パーソンセンタードケアは、認知症の人の尊厳を守り、その人らしい生き方を支援するためのケアの考え方や方法を示すものであり、パーソンセンタードケアの実践により、介護職員の仕事満足度が増加するといわれている<sup>22)</sup>。また、認知症の人に対する介護職員の対人交流の不調における原因の半分は介護職員側にあるともいわれており、介護職員側の認知症の人に対するコミュニケーション力の向上や改善により、困難感や軽減される可能性があることも示唆されている<sup>23)</sup>。介護職員と同様に、認知症の人と家族とのコミュニケーションを基本として対人援助を行うケアマネジャーにおいても、対人交流における困難感を軽減させ、対人交流を円滑に進めることは、パーソンセンタードケアの実践に繋がり、ケアマネジャー自身の仕事満足度を向上させる可能性があると思われる。

ケアマネジャーが行う認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジメントは、認知症の人と家族とのコミュニケーション、アセスメント、サービス調整、サービス事業者や地域の住民との連携、生活環境の調整等と多岐に亘るため、コミュニケーションの改善のみが仕事満足度の向上に繋がるとは考えにくい。認知症の人に対するコミュニケーションを含めた対人援助における

さまざまな困難感を明らかにし、困難感を軽減することができるのであれば、ケアマネジャーが行うケアマネジメントの質は向上し、仕事満足度も改善されることが期待できると思われる。

#### 4. ケアマネジャーが認知症の人の在宅生活を支援する意義

東京都が認知症の疑いのある高齢者とその家族の状態像を分析した結果<sup>24)</sup>によると、居住形態は「子どもとの同居」が48.8%、「配偶者との同居」が35.2%となっており、認知症の疑いのある高齢者の多くが家族と同居している状況である。また、居宅の形態は「持ち家一戸建て」が59.6%を占め、「今の地域で是非済み続けたい」72.8%と「できれば住み続けたい」16.0%を合わせると、およそ9割が現在生活している地域・住まいでの生活の継続を望んでいることが明らかになっている。認知症ケアパスの作成・普及の目指すところは、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現であり<sup>25)</sup>、認知症の人の暮らしを地域で支えていくことは、生活の質(QOL)を維持していく上で重要な課題であると考えられる。猪飼<sup>26)</sup>は、地域包括ケアを指向する理由として、「人々は生活のための環境として施設的环境よりも地域的環境を選好する傾向がある」、「地域的環境においては、元々の生活環境によって充足されていた生活要素を引き継ぐことができる」、「生活ニーズの多様性に対応するためには、支援側の社会的資源にも多様性が必要になるが、地域社会はそのような多様性を有する」、「当事者の生活ニーズに関する情報が当事者の生活環境に集中しているため、支援主体も当事者の生活環境に対する十分なアクセスを持たなければならない」の4つを挙げており、このことは、それまでの生活歴や生活環境を重視して支援する必要がある認知症の人の生活の質(QOL)を維持するためにも重要な要素であると思われる。ケアマネジャーは、認知症の人ができる限り地域で住み続け、生活の質(QOL)を維持していくことができるための地域における支援の要であり、認知症の人と家族にとっては最も身近で頼れる存在である<sup>27)</sup>。しかし、認知症の人の在宅生活の支援には多くの困難が考えられるにも関わらず、ケアマネジャーがどのような困難を抱え支援しているかということに関して明らかにした研究は見当たらない。

本研究は、認知症の人の在宅生活の支援に当たり、ケアマネジャーが抱える困難感を明らかにし、少しでもその困難感を軽減させ認知症の人のケアマネジメントを促進するための方策を明らかにすることを目的として行う。特に、多くの困難が予想される退院支援にも大きく焦点を当て、退院支援における困難感と困難感の軽減策を明らかにしたいと考える。本研究が、少しでもケアマネジャーの活動の支援に繋がり、認知症の人と家族のQOLの向上に貢献できることを希望する。

## II. 本研究における用語の定義

### 1. 認知症の人

40歳以上の認知症と診断された人。本研究においては、身体的状態は落ち着き、在宅で訪問介護、通所介護等の介護サービスを利用して生活することが可能な方とする。家族との同居の有無は問わない。40歳以上としたのは、介護保険制度におけるケアマネジャーの支援を受けながら生活できる可能性があるからである。

### 2. 周辺症状

幻覚、妄想、徘徊等の認知症によって引き起こされる精神症状や行動障害

### 3. サービス

介護保険制度に指定されたサービス

### 4. サービス事業者

介護保険制度に指定されたサービスを提供する事業者

### 5. かかりつけ医

在宅で生活する認知症の人の体調管理や疾患の治療を行う診療所や病院

### 6. 病院

身体的疾患に対する急性期治療を行う一般病院。本研究においては、認知症の治療を目的とした入院ではなく、身体的疾患により一般病院に入院した認知症の人の退院支援におけるケアマネジャーの困難感を明らかにしたいため、身体的疾患に対する急性期治療を行う一般病院を「病院」と定義する。

### 7. 退院支援

身体的疾患のため、一般病院に入院し、退院時カンファレンスを経て自宅退院してから在宅生活が整うまでの2週間以内に行われる病院内や地域における医療と介護専門職者による在宅生活適応への支援を本研究では退院支援という。

### 8. 病院とケアマネジャーの連携

自宅から病院に入院した認知症の人に関するケアマネジャーから病院への情報提供、入院している認知症の人に関する病院からケアマネジャーへの情報提供、病院における認知症の人の退院カンファレンスへのケアマネジャーの出席、入院中の認知症の人が外泊する際の病院職員とケアマネジャーが共同した自宅訪問指導等、病院とケアマネジャーが協働した認知症の人と家族に対する退院支援における連携を指す。

### 9. 家族介護者

家族の中で主に認知症の人の介護を担う人

### Ⅲ. 研究の目的・意義

#### 1. 研究の目的

- 1) 認知症の人の在宅生活支援における居宅介護支援事業所のケアマネジャーの困難感を明らかにする。
- 2) 認知症の人に対して居宅介護支援事業所のケアマネジャーが行う在宅生活支援を促進するための方策を検討する。

#### 2. 研究の意義

居宅介護支援事業所のケアマネジャーは、在宅で生活する認知症の人のケアプランを作成し、認知症の人と家族の生活全般を支援する、居宅における支援のキーパーソンである。しかし、認知症の人の在宅生活支援には、「認知症の人の介護やサービスの拒否」、「24時間の見守り体制の確保」、「家族の介護負担の増加」、「医療機関との連携」等の多くの困難があることが考えられる。特に、認知症の人が身体的疾患により病院に入院すると、入院による環境の変化、身体的疼痛、治療に伴う安静の確保等による周辺症状の悪化やADLの低下により、退院時や退院後の生活支援には、多くの困難が発生することが予想される。それらの困難感にはどのようなものがあるのかを整理し、その構造を明らかにすることにより、ケアマネジャーの困難感の軽減策を検討することは、認知症の人と家族のQOL (Quality of life) の向上を目指すための基礎的な資料になると考えられる。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

インタビュー調査と質問紙調査を組み合わせた実態調査研究。インタビュー調査において、認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感にはどのようなものがあるかを整理する。その整理に基づいてケアマネジャーの困難感とその困難感への支援に関する質問紙を作成し、ケアマネジャーに質問紙調査を行うことにより、困難感の構造を明らかにすると共に、在宅生活支援を促進するための方策を検討する。

### 2. 本研究における調査対象

#### 1) インタビュー調査

「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」を整理し質問紙調査における質問項目を明らかにすることを目的として、居宅介護支援事業所に常勤で勤務する経験3年以上のケアマネジャー25名を対象としてインタビュー調査を行った。経験3年以上としたのは、認知症の人の在宅生活支援を数多く経験している可能性があるからである。また、居宅介護支援事業所のケアマネジャーとしたのは、認知症の診断を受けている人は介護認定調査において要介護1以上の認定を受けている人が多く、居宅介護支援事業所ではそのような人を多く受け持っていると考えられるからである。

#### 2) 質問紙調査

全国1,051箇所の居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャー2,102名を対象とした（各事業所に質問紙を2部郵送）。事業所の管理者宛に依頼書と質問紙を送付し、管理者から各事業所内における2名のケアマネジャーに質問紙への回答を依頼していただいた。事業所の抽出は、介護保険制度における基本的なサービスがある程度整っていることを前提としていること、そして事業所が受持つ利用者数がある程度確保されていることが望ましいと考えられたため、厚生労働省介護保険サービス検索システム<sup>28)</sup>に記載された全国の居宅介護支援事業所のデータを基に、以下の基準により抽出した。

(1) 人口が5万人以上の市区に事業所があること。但し、人口5万人以上であっても、郡部町村は省く。

(2) 人口規模により、質問紙送付先の事業所数を以下のように設定した。

- ①人口5万人～15万人：1箇所
- ②人口15万人～30万人：2箇所
- ③人口30万人～45万人：3箇所
- ④人口45万人～60万人：4箇所
- ⑤人口60万人～75万人：5箇所
- ⑥人口75万人～90万人：6箇所

### (3) 各市区における質問紙送付先事業所の選定基準

各市区においては数十箇所の事業所が存在するため、当該市区における担当利用者数が多い事業所の上位から選定した。その理由としては、担当利用者数が多いことにより事例が豊富であること、認知症の人の生活支援における困難事例が多い可能性があること、そして困難事例に対するさまざまな取り組みの蓄積がある可能性があるからである。

## 3. 調査期間

### 1) インタビュー調査

2014年8月～2015年1月

### 2) 質問紙調査

2015年2月～3月

## 4. 調査方法

### 1) インタビュー調査

12の居宅介護支援事業所のケアマネジャー25名に対し、1対1の半構造化面接法により実施した。時間は30分程度とし、インタビューガイド(資料1)に従って、以下の(1)～(11)の内容でデータ収集を行った。インタビュー内容は、「認知症の人に対するケアマネジャーの在宅生活支援」に関する複数の文献から「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」が表現されている箇所を抽出し、整理した上で設定した<sup>29)30)31)32)33)34)</sup>。但し、インタビューを実施する際には、「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」に関して、ケアマネジャーが普段から感じている思いを素直に表出することができるように、まずは主となる質問のみに留め、必要に応じて追加の質問を加えるようにした。インタビュー内容は、対象者に同意を得た上でボイスレコーダーに録音した。

- (1) 対象者の基本属性として、年齢、経験年数、基礎資格、認知症ケアマネジメントに関する研修受講の有無、退院支援に関する研修受講の有無
- (2) 認知症の人の生活を支援していく上で困っていること、難しく感じること
- (3) 認知症の人の家族の支援において困っていること、難しく感じること
- (4) 認知症の人の生活を支援していく上で、医療機関や地域の専門職との連携で困っていること、難しく感じること
- (5) 認知症の人の退院支援において困っていること、難しく感じること
- (6) 認知症の人の退院支援の中で、医療機関との連携において困っていること、難しく感じること
- (7) 認知症の人の退院支援の中で、地域の専門職等との連携において困っていること、難しく感じること
- (8) 認知症の人の退院支援における家族の支援に関して困っていること、難しく感じること

- (9) 認知症の人の退院支援で悩んだり困った時に、相談する人や場所の有無
- (10) 認知症の人の退院支援を促進するために、ケアマネジャーに対して必要な支援
- (11) 今後、認知症の人の退院支援に対してどのように取り組んでいきたいか

## 2) 質問紙調査

ケアマネジャーへのインタビュー調査を基にして、認知症の人の在宅生活支援における困難感にはどのようなものがあるのかを、インタビュー内容から抽出された「意味あるまとまり」に基づき、KJ法を用いて分類・整理した。その分類・整理を基にして、困難感と支援方法に関する質問紙を作成した（資料2）。質問紙は、調査対象者の属性5項目と、「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」に関する62項目の質問、および「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」を軽減するための対策に関する自由記述式1項目の質問により構成された。質問紙調査は、全国1,051箇所の居宅介護支援事業所に対して、各事業所2通ずつを郵送する留置き自記式質問紙調査法にて行った。

## 5. データの分析方法

### 1) インタビュー調査

インタビュー内容をボイスレコーダーにより録音し、逐語録を作成した。逐語録の中で、「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」が表現された部分を「意味あるまとまり」として抽出し、抽出された「意味あるまとまり」をKJ法により整理・分類しカテゴリー化を行った。KJ法は、「生活をめぐる混乱や社会の危機の処理には野外科学の視点から接近する必要があり、これらの研究にふさわしい方法としてKJ法は考案された。この方法は、ある意味で弁証法の技術科であり、個別的現象から次第に一般化秩序の発見に向かい、一般法則から天下ることを嫌い、データをして語らしめるというデータのまとめ方に基本方針を持つ<sup>35)</sup>とあるように、混沌とした状況を秩序化し、「平易」な用語を使用して物事の本質を説明する研究方法である。本研究におけるインタビューデータは、ケアマネジャーが自身のケアマネジメント活動を振り返りながら、普段感じている素直な気持ちや意見を語ることにより得られたデータであり、25名のケアマネジャーの多くの「思い」、「感じていること」、「意見」を秩序化するためには最適な方法であると考えられたためKJ法による分析を行った。そして、カテゴリーは、コアカテゴリー、カテゴリー、サブカテゴリーの3段階に分けて分類した。カテゴリー分類は、本研究に関係のない、認知症の人の生活支援の経験が豊富な3人の介護福祉専門職（一人は居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャー、一人は通所リハビリテーション事業所に勤務する介護福祉士、一人は訪問介護事業所に勤務する介護福祉士）にもカテゴリー分類の実施を依頼し、その結果、本研究の研究者が実施したカテゴリー分類に対して80%以上の一致率を確認し、カテゴリー分類の信頼性を確保した。

## 2) 質問紙予備調査

作成した質問紙は、ケアマネジャーを対象として予備調査を行った。24名のケアマネジャーに質問紙を送付し、回答が得られた18名のケアマネジャーの質問紙を予備調査の対象とした(回収率75.00%)。「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」に関する62の質問に対しては、数値化(非常に当てはまる:4、当てはまる:3、あまり当てはまらない:2、当てはまらない:1)し、回答を求めた。

## 3) 質問紙調査

- (1) 「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」に関する62個の質問については数値化(非常に当てはまる:4、当てはまる:3、あまり当てはまらない:2、当てはまらない:1)し、3もしくは4に回答した割合で比較検討した。
- (2) 「認知症在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」の因子妥当性を検討するために、62個の小項目を対象とする因子分析を「SPSS ver. 23」を用いて施行した。因子分析は、固有値1.000以上を基準にして因子を抽出し、主因子法によりプロマックス回転を行う。さらに、因子負荷量0.400以上を基準に、各因子に帰属する設問の内容から因子解釈を行った。
- (3) 「SPSS ver. 23」を用いて、抽出された各因子間の相関を分析するために、相関係数を算出した。
- (4) 因子分析の信頼性を検証するために、「SPSS ver. 23」を用いて、抽出された各因子のCronbackの $\alpha$ 係数を算出した。また、妥当性を検証するためにKaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度を算出した。更に、因子分析により抽出された項目の妥当性を確認するために、主成分分析を行った。
- (5) 自由記述により得られた退院支援を促進するためのケアマネジャーに対する支援の結果は、記述の中からキーワードを抽出し、それを6のカテゴリーと27のサブカテゴリーに分けて、支援方法に関して整理・分析した。

## 6. 倫理的配慮

居宅介護支援事業所の管理者と調査対象のケアマネジャーに研究の目的、方法、データの保存と破棄、研究協力への参加・協力の自由意志及び拒否権、個人情報の保護、研究に参加することにより起こり得る不利益と対処方法、研究結果の公開について文書で説明し、管理者からの承諾書とケアマネジャーからの同意書の返送をもって、研究協力への同意が得られたものとした。なお、本研究は国際医療福祉大学研究倫理審査委員会の承認(承認番号:14-Ig-30)を得て実施した。



## V. 研究結果

### 1. インタビュー調査

#### 1) インタビュー調査対象者の属性

25名のケアマネジャーの基本属性として、年齢、経験年数、基礎資格、認知症ケアマネジメントに関する研修受講の有無、退院支援に関する研修受講の有無の調査を行い、以下の結果を得た（表1）。

表1 インタビュー調査対象者の属性

所属 事業所	所在地の 人口規模	ID	回答				
			年齢	経験 年数	基礎資格	認知症 研修受講	退院支援 研修受講
A	人口 116,445 人	1	63	7	介護福祉士	○認知症ケア専門士	×
		2	51	14	介護福祉士	○	×
B	人口 116,445 人	3	51	13	社会福祉士	○認知症実践者研修	×
		4	62	6	介護福祉士	○	○
C	人口 118,761 人	5	56	7	看護師	×	×
		6	42	4	介護福祉士	×	×
		7	35	5	社会福祉士	×	×
D	人口 118,761 人	8	39	13	介護福祉士	×	×
E	人口 73,988 人	9	54	14	社会福祉士	×	×
F	人口 37,106 人	10	50	15	看護師	○	×
			57	10	看護師	○	×
G	人口 70,757 人	12	42	6	介護福祉士	○	×
		13	48	不明	介護福祉士	○認知症ケア専門士	×
		14	50	不明	看護師	○認知症ケア専門士	×
H	人口 285,614 人	15	52	6	看護師	○	×
		16	52	6	介護福祉士	○	×
I	人口 285,614 人	17	56	9	準看護師	×	×
		18	39	4	介護福祉士	×	×
		19	49	4	看護師	○	○
		20	43	3	介護福祉士	○	×
		21	54	3	介護福祉士	×	×
J	人口 49,089 人	22	49	5	介護福祉士	×	×

		23	56	10	介護福祉士	○	×
K	人口 862,840 人	24	50	6	看護師	○	×
L	人口 285,614 人	25	47	6	介護福祉士	○	×

\*所在地の人口は、2013年3月31日現在の総務省発表住民基本台帳に基づく。

25人のケアマネジャーが所属する事業所数は12であり、事業所の所在地は人口37,106人～862,840人を有する4都県における8か所の区・市・郡であった。25名のケアマネジャーの平均年齢は49.88歳であった。ケアマネジャーとしての平均勤務年数は、2名のケアマネジャーの勤続年数が不明であったため対象者を23名とし、平均勤続年数は7.65年であった。ケアマネジャーの資格取得時の基礎資格は、介護福祉士が14名(56.00%)、看護師(准看護師1名含む)が8名(32.00%)、社会福祉士が3名(12.00%)であり、福祉関係の資格を基礎資格に持つケアマネジャーが68.00%を占めた。認知症ケアマネジメントに関する研修は、16名(64.00%)のケアマネジャーが受講していたが、退院支援に関する研修の受講者は2名(8.00%)であった。認知症ケアマネジメントに関する研修を受講していた15名のうち、3名は認知症ケア専門士の資格保持者であり、1名は認知症実践者研修を受講していた。

## 2) インタビュー内容から抽出された「意味あるまとまり」

25名のケアマネジャーに対するインタビュー調査は、本人の同意を得た上でICレコーダーに録音し逐語録を作成した。逐語録はA4用紙213枚(216,088文字)となった。逐語録において、「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」を表出している箇所を「意味あるまとまり」として抽出したところ、「意味あるまとまり」は796箇所となった。「意味あるまとまり」をKJ法を用いてサブカテゴリー別に整理したものを資料3に示した。

## 3) KJ法を用いた「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」のカテゴリー分類

逐語録より、「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」として「意味あるまとまり」を抽出したところ、「意味あるまとまり」は796箇所になった。その796の「意味あるまとまり」を、KJ法を用いて3段階に分けて分類・整理したところ、以下のように5個のコアカテゴリー、10個のカテゴリー、62個のサブカテゴリーを得た(表2)。そして、この62個のサブカテゴリーを質問紙の質問項目として採用することとした。

カテゴリー分類は、本研究に関係のない、認知症の人の生活支援の経験が豊富な3人の介護福祉専門職(一人は居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャー、一人は通所リハビリテーション事業所に勤務する介護福祉士、一人は訪問介護事業所に勤務する介護福祉士)にもカテゴリー分類の実施を依頼し、その結果、本研究の研究者が実施したカテゴリー分類に対して

80%以上の一致率を確認し、カテゴリ分類の信頼性を確保した。

以下にカテゴリ分類を記す。尚、「     」はコアカテゴリを、「     」はカテゴリを、  
〈     〉はサブカテゴリを示している。

コアカテゴリ「認知症の人の生活支援における困難感」は、カテゴリ〔在宅で暮らす認知症の人の支援における困難感〕と〔病院からの退院に伴う認知症の人の支援における困難感〕からなり、〈認知症の人が受診を拒否するため治療ができないことがある〉、〈認知症の人がサービスの利用を拒否するため在宅生活の支援が難しくなることがある〉、〈認知症の人の事故予防に苦勞する〉、〈24時間の見守りの環境を整えるのが難しい〉、〈認知症の人の思いを汲み取ることが難しい〉、〈認知症で医療処置のある人の在宅生活の支援に苦勞する〉、〈認知症の人の在宅生活調整のために訪問回数が多くなってしまう〉、〈一人暮らしの認知症の人の生活実態を把握するのに時間がかかる〉、〈一人暮らしの認知症の人の服薬管理が難しい〉、〈一人暮らしの認知症の人の食事管理が難しい〉、〈退院の時に認知症の人と家族の思いに食い違いが生じてしまうと家族の思いを優先せざるを得ない〉、〈病院から退院した後、在宅での生活が落ち着くまでに時間がかかる〉の12のサブカテゴリが抽出された。ここでは、認知症の人が病識がないことと周辺症状により、受診やサービスの利用ができない上に、徘徊や服薬管理等に伴う事故予防に注意しながら在宅での生活を支援することの難しさが示された。その中でも、特に、一人暮らしの認知症の人は生活実態を把握するのが難しい上に、食事や内服等の基本的な生活を支えていくことが困難であることが示された。また、退院支援に関しては、認知症の人は自宅に帰りたいにも関わらず、家族の介護負担を考慮すると帰ることが難しくなるというケアマネジャーの心の葛藤や、退院に伴う認知症の人の在宅生活の調整に苦勞するケアマネジャーの姿が示された。

コアカテゴリ「家族に関連した支援における困難感」は、カテゴリ〔在宅で認知症の人を介護する家族の支援における困難感〕、〔病院からの退院に伴う家族の支援における困難感〕からなり、〈家族の精神的なストレスを軽減するのが難しい〉、〈家族の認知症に対する理解が乏しいと支援が難しくなる〉、〈家族が認知症の人のことを認知症であると認められないと支援が難しくなる〉、〈家族の認知症の理解を促すのに時間がかかる〉、〈介護負担により家族の体調が悪化してしまい在宅生活の支援が難しくなることがある〉、〈夜間に周辺症状が出現して家族が眠れなくなると介護負担が増してしまう〉、〈退院の際、家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の支援の方向性を決めるのに苦勞する〉、〈入院により家族の在宅介護を続ける気持ちが低下してしまうと自宅退院が難しくなる〉、〈家族の間の意見の相違があると支援の方向性が定まらなくて困る〉、〈入院中にADLが低下すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅生活が難しくなる〉、〈入院中に周辺症状が悪化すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅介護が難しくなる〉、〈周辺症状のため身体的状態が良くなっていないまま自宅退院せざるを得なくなると家族の介護負担が大きい〉、〈入院中に周辺症状が悪化したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない〉、〈入院中にADLが低下したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない〉、〈家族の在宅に受け入れる気持ちが整わないまま自宅退院すると家族の精神的な負担が大きい〉の15のサブカテゴリが抽出された。ここでは、家族が認知症

が病気であることが理解できない、または、自分の配偶者や親が認知症になったことを受け入れることができないことにより認知症の人の周辺症状に混乱し、悩む家族の姿が示された。そして、認知症の人への適切な対応ができないことから介護負担を増強していく家族介護者に対し、ケアマネジャーがどのように支援をしていけばよいのかと苦悩することになる。そして、認知症の人への適切な対応ができないことから介護負担を増強させていく家族介護者に対し、ケアマネジャーがどのように支援していけばいいのかと思悩む姿が示された。また、退院支援に関しては、家族は認知症の人が身体的な疾患により入院すると、元の生活に戻りたくないという思いが強くなることもあり、また、入院中の周辺症状の悪化やADLの低下により自宅退院が難しく感じられるようになると在宅介護を続ける意欲が低下してしまい、在宅復帰への困難感を抱えたまま退院してしまうため、結局は家族が在宅介護の継続が困難になるという状況になり、ケアマネジャーによる支援も難しくなる状況が示された。

コアカテゴリー「サービスの調整における困難感」は、カテゴリー〔在宅生活を支えるためのサービス調整における困難感〕と〔病院からの退院に伴うサービス調整における困難感〕からなり、〈サービスを導入するまでに時間がかかる〉、〈サービスが定着するまでに時間がかかる〉、〈サービスを利用する時にケアマネジャーが同行しなくてはいけないことがある〉、〈ケアプランに沿ったサービス提供が困難である〉、〈周辺症状のために受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しいことがある〉、〈周辺症状のためにサービスの継続が難しくなることがある〉、〈周辺症状のためにサービス事業者から利用を制限されることがある〉、〈サービス事業者との間で周辺症状への対応を調整するのが大変である〉、〈認知症の人の穏やかな生活を支えるためのサービス事業者の選定が難しい〉、〈入院期間が短いため退院後のサービス調整が間に合わないことがある〉、〈入院中にADLが低下してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する〉、〈入院中に周辺症状が悪化してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する〉、〈急に退院が決まると在宅でのサービス調整に苦勞する〉、〈認知症で医療処置が必要な人は退院後に受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しい〉の14のサブカテゴリーが抽出された。ここでは、認知症の人にとっては、サービスを利用する意味が分からないことにより、サービス利用が必要であるにも関わらずサービス利用に繋がらない場合、どのようにサービスを導入していくかという、ケアマネジャーの苦悩が表された。また、サービス利用が開始された後でも、周辺症状によりサービスの継続が難しくなる場合があり、そのような時はサービス事業者と認知症の人への対応方法の検討を重ね、また、時にはサービス事業者を変更してまでも、認知症の人が何とかサービスの継続ができるように工夫するケアマネジャーの苦悩が示された。退院支援に関しては、入院中の治療や処置、疼痛、行動制限、環境の変化等により周辺症状の悪化やADLの低下があると、自宅に帰ってからサービス内容の変更、サービス事業者の変更が必要になる場合があり、認知症の人がサービスを継続できるように、ケアマネジャーがサービス事業者と検討を重ねる様子が表された。また、病院からの予告がない状態で、急に自宅退院が決まることがあると共に、入院期間の短縮化に伴い、短い期間での在宅サービスの調整に苦勞するケアマネジャーの姿が示された。

コアカテゴリー「医療機関との連携における困難感」は、カテゴリー〔かかりつけ医との連携

における困難感〕と〔入院先の病院との連携における困難感〕からなり、〈かかりつけ医の認知症の理解が乏しいため、適切な治療が受けられないことがある〉、〈かかりつけ医の介護保険制度に対する理解が乏しいため、ケアマネジャーとの間の支援方針に相違が生じることがある〉、〈かかりつけ医が認知症の人の生活を理解していないため、ケアマネジャーとの間の支援の方向性が噛み合わないことがある〉、〈医療機関どうしの連携が上手くいかず支援に支障を来たすことがある〉、〈かかりつけ医との情報交換のために認知症の人の受診に同行しなくてはならないことがある〉、〈退院カンファレンスにケアマネジャーが呼ばれないまま退院してしまうと在宅でのサービス調整に苦勞する〉、〈急に退院が決まると病院から入院中の情報を得るのが大変である〉、〈病院の医療職の介護保険制度に対する理解が乏しいと連携が取りにくい〉、〈病院が退院後の生活まで考えたケアをしてくれないので、在宅に退院してからの支援が大変である〉、〈病院とケアマネジャーの間に退院支援の方針の相違があると調整に苦勞する〉、〈病院との間の情報交換に苦勞する〉、〈病院側の意向で退院先が決まってしまうことがある〉の12のサブカテゴリーが抽出された。ここでは、かかりつけ医の中には、認知症の人の生活状況や介護保険制度自体を理解していない医師がおり、そのような場合は、ケアマネジャーがかかりつけ医のところへ足を運びながら情報提供を行い、支援の方向性の調整をしていかななくてはならないという苦惱が表された。また、退院支援に関しては、認知症の人が入院しても退院カンファレンスにケアマネジャーを呼んでももらえないことがあり、そのような場合は、家族や病院から急に退院日の連絡が来るため、在宅でのサービス調整や病院との情報交換に苦勞するケアマネジャーの姿が浮かび上がった。また、病院の医師や看護師が、認知症の人の在宅での生活状況や介護保険制度を理解せずに治療やケアを行っている場合、退院支援の方針が病院側とケアマネジャー側で食い違ったまま退院してしまうことがあり、そのような場合、在宅生活の調整に翻弄されるケアマネジャーの姿が示された。

コアカテゴリー「支援体制づくりにおける困難感」は、カテゴリー〔認知症の人の在宅生活を支えるための制度に関連した困難感〕と〔地域の連携における困難感〕からなり、〈認知症の人の在宅生活を支援するための介護保険制度のサービス量が不足している〉、〈認知症の人の在宅生活を支援するためのインフォーマルなサービスが不足している〉、〈限度額がいっぱいになってしまい必要なサービスが導入できないことがある〉、〈経済的な理由でサービス導入が制限されてしまうことがある〉、〈認知症の人は介護度が低く出る傾向があるため必要なサービスが導入できないことがある〉、〈認知症の人の生活を支援するための地域住民との協力体制づくりに苦勞する〉、〈認知症の人の生活を支援するための多職種連携によるチームづくりに苦勞する〉、〈困難ケースに対して行政の協力がなかなか得られない〉、〈消防署や警察署の協力が必要になると連携を取るのが大変である〉の9つのサブカテゴリーが抽出された。ここでは、認知症専門通所介護サービスの不足により専門的な対応ができる事業所に通うことができず、頻りに事業所を変えなくてはならないこと、短期入所サービスの不足により在宅での家族の介護負担が増強し、在宅での生活支援が難しくなることなど、介護保険制度のサービスが不足しているための支援の困難感と共に、見守りサービス等のインフォーマルなサービスが不足していることによる支援の困難感も示され

た。また、認知症の人は常時見守りが必要な人が多く、ほぼ毎日、通所介護や短期入所サービスを利用しないと家族の在宅生活が成り立たないこともあるが、介護度が要介護1～3の場合は、毎日サービスを利用すると限度額を超えてしまうため毎日利用できず、結局は家族の介護に頼らざるを得ないことなど、制度に関わる困難感が示された。さらに、行政機関や地域住民との連携体制においては、住民の認知症の人に対する理解が得られない場合、ケアマネジャーが理解を促すために住民との折衝を重ねることがあることも示された。また、ケアマネジャー自身が、困難ケースを支援するために苦労して行政機関との連携体制づくりを行っている姿も示された。

表2 認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感に関する  
インタビュー調査のカテゴリー分類

コア カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
認知症の人の 生活支援にお ける困難感	在宅で暮らす認 知症の人の支援 における困難感	認知症の人が受診を拒否するため治療ができないことがある
		認知症の人がサービスの利用を拒否するため在宅生活の支援が難しくなることがある
		認知症の人の事故予防に苦勞する
		24時間の見守りの環境を整えるのが難しい
		認知症の人の思いを汲み取ることが難しい
		認知症で医療処置のある人の在宅生活の支援に苦勞する
		認知症の人の在宅生活調整のために訪問回数が多くなってしまう
		一人暮らしの認知症の人の生活実態を把握するのに時間がかかる
		一人暮らしの認知症の人の服薬管理が難しい
	一人暮らしの認知症の人の食事管理が難しい	
病院からの退院 に伴う認知症の 人の支援におけ る困難感	退院の時に認知症の人と家族の思いに食い違いが生じてしまうと家族の思いを優先せざるを得ない	
	病院から退院した後、在宅での生活が落ち着くまでに時間がかかる	
家族に関連し た支援におけ る困難感	在宅で認知症の 人を介護する家 族の支援におけ る困難感	家族の精神的なストレスを軽減するのが難しい
		家族の認知症に対する理解が乏しいと支援が難しくなる
		家族が認知症の人のことを認知症であると認められないと支援が難しくなる
		家族の認知症の理解を促すのに時間がかかる
		介護負担により家族の体調が悪化してしまい在宅生活の支援が難しくなることがある
		夜間に周辺症状が出現して家族が眠れなくなると介護負担が増してしまう
	病院からの退院 に伴う家族の支 援における困難 感	退院の際、家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の支援の方向性を決めるのに苦勞する
		入院により家族の在宅介護を続ける気持ちが低下してしまうと自宅退院が難しくなる
		家族の間の意見の相違があると支援の方向性が定まらなくて困る
		入院中にADLが低下すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅生活が難しくなる
		入院中に周辺症状が悪化すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅介護が難しくなる
		周辺症状のため身体的状態が良くなっていないまま自宅退院せざるを得なくなると家族の介護負担が大きい
		入院中に周辺症状が悪化したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない
		入院中にADLが低下したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない
家族の在宅に受け入れる気持ちが整わないまま自宅退院すると家族の精神的な負担が大きい		
サービスの調 整における困 難感	在宅生活を支え るためのサービ ス調整における 困難感	サービスを導入するまでに時間がかかる
		サービスが定着するまでに時間がかかる
		サービスを利用する時にケアマネジャーが同行しなくてはいけないことがある
		ケアプランに沿ったサービス提供が困難である
		周辺症状のために受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しいことがある

		周辺症状のためにサービスの継続が難しくなることがある	
		周辺症状のためにサービス事業者から利用を制限されることがある	
		サービス事業者との間で周辺症状への対応を調整するのが大変である	
		認知症の人の穏やかな生活を支えるためのサービス事業者の選定が難しい	
	病院からの退院に伴うサービス調整における困難感	入院期間が短いため退院後のサービス調整が間に合わないことがある	
		入院中にADLが低下してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する	
		入院中に周辺症状が悪化してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する	
		急に退院が決まると在宅でのサービス調整に苦勞する	
		認知症で医療処置が必要な人は退院後に受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しい	
医療機関との連携における困難感	かかりつけ医との連携における困難感	かかりつけ医の認知症の理解が乏しいため、適切な治療が受けられないことがある	
		かかりつけ医の介護保険制度に対する理解が乏しいため、ケアマネジャーとの間の支援方針に相違が生じることがある	
		かかりつけ医が認知症の人の生活を理解していないため、ケアマネジャーとの間の支援の方向性が噛み合わないことがある	
		医療機関どうしの連携が上手くいかず支援に支障を来すことがある	
		かかりつけ医との情報交換のために認知症の人の受診に同行しなくてはならないことがある	
	入院先の病院との連携における困難感	退院カンファレンスにケアマネジャーが呼ばれないまま退院してしまうと在宅でのサービス調整に苦勞する	
		急に退院が決まると病院から入院中の情報を得るのが大変である	
		病院の医療職の介護保険制度に対する理解が乏しいと連携が取りにくい	
		病院が退院後の生活まで考えたケアをしてくれないので、在宅に退院してからの支援が大変である	
		病院とケアマネジャーの間に退院支援の方針の相違があると調整に苦勞する	
		病院との間の情報交換に苦勞する	
			病院側の意向で退院先が決まってしまうことがある
	支援体制づくりにおける困難感	認知症の人の在宅生活を支えるための制度に関連した困難感	認知症の人の在宅生活を支援するための介護保険制度のサービス量が不足している
			認知症の人の在宅生活を支援するためのインフォーマルなサービスが不足している
限度額がいっぱいになってしまい必要なサービスが導入できないことがある			
経済的な理由でサービス導入が制限されてしまうことがある			
認知症の人は介護度が低く出る傾向があるため必要なサービスが導入できないことがある			
地域の連携における困難感		認知症の人の生活を支援するための地域住民との協力体制づくりに苦勞する	
		認知症の人の生活を支援するための多職種連携によるチームづくりに苦勞する	
		困難ケースに対して行政の協力がなかなか得られない	
		消防署や警察署の協力が必要になると連携を取るのが大変である	



## 2. 質問紙調査

### 1) 質問紙用紙作成のための予備調査の結果

インタビュー調査のカテゴリ分類により得られた結果を基にして、質問紙を作成した。その質問紙を18名のケアマネジャーに回答してもらい、意見を求めた。その結果、62の質問項目の標準偏差は0.485～0.900となった。その中でも、標準偏差が0.485である質問が2項目みられた。その2項目の質問とは、「一人暮らしの認知症の人の服薬管理が難しい」と「かかりつけ医の介護保険制度に対する理解が乏しいため、ケアマネジャーとの間の支援方針に相違が生じることがある」であり、18名の回答者の中で、「非常に当てはまる」と回答したケアマネジャーが12名、「当てはまる」と回答したケアマネジャーが6名であった。この2項目に関しては、回答の偏りはみられたものの、「認知症在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」の実態把握のためには必要な項目であると考えられたため、質問項目として採用することとした。その他の質問項目に関しては、標準偏差において極端な値はみられなかったため、62項目の質問の全てを採用することとした。また、予備調査に対する回答者の意見として、複数のケアマネジャーより、「質問内容が理解しづらい」、「質問の順番に一貫性がなく回答しづらい」、「質問の文言が不適切」等の意見があったため、分かり難い質問内容の修正、質問の順番の修正、質問の文言の修正を行い、質問紙を再度作成し完成させた（資料2）。

### 2) 質問紙調査の結果

#### (1) 回収率

質問紙は、全国480の居宅介護支援事業所から907通が回収された。回収率は、居宅介護支援事業所数を基準とした場合は45.7%、ケアマネジャー数を基準とした場合は43.2%であった。907通の質問紙の中で、87通に部分的な欠損値が見られたが、殆どが1箇所から数箇所の欠損であったため、907通全ての質問紙を分析の対象とした。

#### (2) 都道府県別の回収事業所数

質問紙が全国から回収されていることを確認するために、回収された質問紙を入れた封筒に記載されていた居宅介護支援事業所の住所、もしくは、押されていた消印を基に、都道府県別の回収事業所数を求めた（表3）。事業所名の記載がないと共に消印の解読ができない62事業所を除く418の事業所の所在地は46都道府県に及び、質問紙は全国から回収されていたため、回答者の代表性は確保されていると考えられた。

表3 質問紙の都道府県別配布数および回収数

都道府県	配布事業所数	回収事業所数	都道府県	配布事業所数	回収事業所数
北海道	36	15	滋賀県	14	6
青森県	8	5	京都府	26	6
岩手県	7	3	大阪府	83	26
宮城県	18	10	兵庫県	46	19
秋田県	9	6	奈良県	10	2
山形県	6	3	和歌山県	8	1
福島県	15	6	鳥取県	3	1
茨城県	25	10	島根県	5	2
栃木県	16	11	岡山県	14	5
群馬県	18	2	広島県	23	8
埼玉県	68	30	山口県	14	7
千葉県	58	25	徳島県	4	2
東京都	109	32	香川県	8	4
神奈川県	79	32	愛媛県	10	9
新潟県	22	8	高知県	3	0
富山県	8	4	福岡県	41	11
石川県	8	6	佐賀県	6	3
福井県	6	3	長崎県	8	4
山梨県	6	5	熊本県	15	8
長野県	17	7	大分県	9	4
岐阜県	16	7	宮崎県	8	1
静岡県	31	16	鹿児島県	11	9
愛知県	72	26	沖縄県	11	4
三重県	13	4	その他（消印解読不可）		62
配布事業所数合計：1,051					
回収事業所数合計：480					

(3) 質問紙調査の対象者の属性

① 調査対象者の年齢構成

調査対象者の年齢構成を表4に示した。50歳代が36.4%と最も多く、その次が40歳代の31.1%であった。30歳代～50歳代が全体の88.8%を占める結果となった。

表4 調査対象者の年齢構成

n=907

年齢	人数	%
20歳代	7	0.8
30歳代	193	21.3
40歳代	282	31.1
50歳代	330	36.4
60歳代	86	9.5
70歳以上	4	0.4
無回答	5	0.6
合計	907	100

## ②調査対象者のケアマネジャーとしての通算の経験年数

調査対象者のケアマネジャーとしての通算の経験年数は、平均で7.5年（標準偏差4.186）であり、最小値は1年未満、最大値は18年であった。

## ③調査対象者の資格

調査対象者がケアマネジャーの資格を取得した時の基礎資格を訊ねた結果を表5に示した。介護福祉士が66.7%と最も多く、その次が看護師の14.6%であった。介護福祉士と社会福祉士で73.4%となり、対象者の多くが福祉職である結果となった。

表5 調査対象者の資格

n=907

資格	人数	%
介護福祉士	605	66.7
社会福祉士	61	6.7
看護師	132	14.6
保健師	2	0.2
歯科衛生士	33	3.6
管理栄養士	15	1.7
その他	55	6.1
無回答	4	0.4
合計	907	100.0

## ④認知症ケアマネジメントに関する研修の受講の有無

調査対象者の認知症ケアマネジメントに関する研修の受講経験を表6に示した。受講経験

がある対象者は 54.2%であった。

表 6 認知症ケアマネジメントに関する研修の受講の有無

n=907

研修の受講の有無	人数	%
受講経験あり	492	54.2
受講経験なし	398	43.9
無回答	17	1.9
合計	907	100

⑤退院支援に関する研修の受講の有無

調査対象者の退院支援に関する研修の受講経験を表 7 に示した。受講経験がある対象者は 31.1%であった。

表 7 退院支援に関する研修の受講の有無

n=907

研修の受講の有無	人数	%
受講経験あり	282	31.1
受講経験なし	610	67.3
無回答	15	1.7
合計	907	100

(3) 質問項目の回答割合と標準偏差

62 の質問項目における、各数値（非常に当てはまる：4、当てはまる：3、あまり当てはまらない：2、当てはまらない：1）への回答数と割合（%）、3 と 4 への回答数と割合（%）、標準偏差、及びカテゴリ別の 3 と 4 への回答数と割合（%）を表 8 に示した。また、62 の質問項目を 3 と 4 への回答割合（%）順にした表を表 9 として示した。62 の質問項目の中で、3 と 4 への回答割合（%）が最も高かったのが、「周辺症状のため身体的状態が良くないまま自宅退院せざるを得なくなると家族の介護負担が大きい」の 96.67%であった。その次から「家族の在宅に受け入れる気持ちが整わないまま自宅退院すると家族の精神的な負担が大きい」96.55%、「家族の認知症に対する理解が乏しいと支援が難しくなる」94.99%、「一人暮らしの認知症の人の服薬管理が難しい」94.73%、「家族が認知症の人のことを認知症であると認められないと支援が難しくなる」94.32%と続き、病院からの退院による家族の介護負担の増加や周辺症状に伴う在宅生活支援の困難感、家族が認知症の人のことを理解できない、または受け入れることができないといったことにより支援が進まないことによる困難感など、家族の支援における困難感が強いことが浮き彫りとなる結果となった。更に、「急に退院が決まると在宅でのサービス調整に苦労す

る」91.21点といった、病院との連携における困難感や、「認知症の人の在宅生活を支援するためのインフォーマルなサービスが不足している」93.66%、「経済的な理由でサービス導入が制限されてしまうことがある」93.13%、といった必要なサービスが導入できないことによる困難感も強いことがうかがえる結果となった。

逆に、3と4への回答割合(%)が低い項目としては、「医療機関どうしの連携が上手くいかず支援に支障を来すことがある」41.05%、「病院との間の情報交換に苦勞する」45.38%、「かかりつけ医が認知症の人の生活を理解していないため、ケアマネジャーとの間の支援の方向性が噛み合わないことがある」46.67%、「かかりつけ医の介護保険制度に対する理解が乏しいため、ケアマネジャーとの間の支援方針に相違が生じることがある」49.22%、「かかりつけ医の認知症の理解が乏しいため、適切な治療が受けられないことがある」52.45%等が挙げられており、かかりつけ医や入院先の病院との連携に伴う困難感は比較的低いことが分かった。

また、カテゴリー別の3と4への回答割合(%)は、「在宅で認知症の人を介護する家族の支援における困難感」91.15%、「病院からの退院に伴う家族の支援における困難感」90.77%、「在宅で暮らす認知症の人の支援における困難感」86.05%、「病院からの退院に伴う認知症の人の支援における困難感」84.32%、「認知症の人の在宅生活を支えるための制度に関連した困難感」83.50%、「病院からの退院に伴うサービス調整における困難感」77.24%、「地域の連携における困難感」69.03%、「入院先の病院との連携における困難感」67.95%、「在宅生活を支えるためのサービス調整における困難感」63.85%、「かかりつけ医との連携における困難感」52.13%であった。3と4への回答割合の高い2つのカテゴリーが家族の支援に関する困難感となり、在宅での支援と退院支援においても家族の支援の困難感が高い結果となった。逆に、3と4への回答割合(%)の低い項目としては、「かかりつけ医との連携における困難感」が最も低い値となり、かかりつけ医とケアマネジャーとの連携が促進されている現状がうかがえる結果となった。

表8 質問紙の質問項目別回答数と回答割合・標準偏差

n=907

質問項目	1 回答数 %	2 回答数 %	3 回答数 %	4 回答数 %	合計 %	3と4の 回答数 %	標準 偏差
A：在宅で暮らす認知症の人の支援における困難感							
認知症の人が受診を拒否するため治療が出来ないことがある	24 2.6	159 17.5	539 59.5	184 20.3	906 100	723 79.80	0.696
認知症の人がサービスの利用を拒否するため在宅生活の支援が難しくなることがある	7 0.8	93 10.3	548 60.5	258 28.5	906 100	806 88.96	0.625
認知症の人の事故予防に苦勞する	6 0.7	167 18.5	539 59.7	191 21.2	903 100	730 80.84	0.651
24時間の見守りの環境を整えるのが難しい	4 0.4	81 9.0	388 42.9	432 47.7	905 100	820 90.61	0.664
認知症の人の思いを汲み取ることが難しい	2 0.2	171 18.9	531 58.6	202 22.3	906 100	733 80.91	0.648
認知症で医療処置のある人の在宅生活の支援に苦勞する	18 2.0	182 20.4	469 52.6	223 25.0	892 100	692 77.58	0.732
認知症の人の在宅生活調整のために訪問回数が多くなってしまう	9 1.0	126 14.1	440 49.2	320 35.8	895 100	760 84.92	0.707
一人暮らしの認知症の人の生活実態を把握するのに時間がかかる	4 0.4	83 9.3	445 49.8	361 40.4	893 100	806 90.26	0.651
一人暮らしの認知症の人の服薬管理が難しい	4 0.4	43 4.8	279 31.3	566 63.5	892 100	845 94.73	0.606
一人暮らしの認知症の人の食事管理が難しい	6 0.7	65 7.3	402 45.0	421 47.1	894 100	823 92.06	0.650
Aのまとめ	84 0.9	1,170 13.0	4,580 50.9	3,158 35.1	8,992 100	7,738 86.05	
B. 在宅で認知症の人を介護する家族の支援における困難感							
家族の精神的なストレスを軽減するのが難しい	0 0	57 6.3	524 58.4	317 35.3	898 100	841 93.65	0.577
家族の認知症に対する理解が乏しいと支援が難しくなる	1 0.1	44 4.9	411 45.7	443 49.3	899 100	854 94.99	0.593
家族が認知症の人のことを認知症であると認められないと支援が難しくなる	4 0.4	47 5.2	375 41.8	472 52.6	898 100	847 94.32	0.617
家族の認知症の理解を促すのに時間がかかる	4 0.4	124 13.8	506 56.4	263 29.3	897 100	769 85.73	0.655
介護負担により家族の体調が悪化してしまい在宅生活の支援が難しくなることがある	5 0.6	127 14.1	527 58.7	239 26.6	898 100	766 85.30	0.646
夜間に周辺症状が出現して家族が眠れなくなると介護負担が増してしまう	3 0.3	61 6.8	340 37.9	494 55.0	898 100	834 92.87	0.637
Bのまとめ	17 0.3	460 8.5	2,683 49.8	2,228 41.4	5,388 100	4,911 91.15	
C. 在宅生活を支えるためのサービス調整における困難感							
サービスを導入するまでに時間がかかる	10 1.1	315 35.2	438 49.0	131 14.7	894 100	569 63.65	0.702
サービスが定着するまでに時間がかかる	3 0.3	196 21.9	504 56.3	192 21.5	895 100	696 77.77	0.669
サービスを利用する時にケアマネジャーが同行しなくてはいけないことがある	22 2.4	241 26.8	440 49.0	195 21.7	898 100	635 70.71	0.758
ケアプランに沿ったサービス提供が困難である	23 2.6	400 44.5	395 44.0	80 8.9	898 100	475 52.90	0.687

周辺症状のために受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しいことがある	34 3.8	380 42.3	351 39.1	133 14.8	898 100	484 53.90	0.775
周辺症状のためにサービスの継続が難しくなることがある	12 1.3	252 28.0	502 55.8	134 14.9	900 100	636 70.67	0.677
周辺症状のためにサービス事業者から利用を制限されることがある	52 5.8	349 38.7	383 42.5	118 13.1	902 100	501 55.54	0.782
サービス事業者との間で周辺症状への対応を調整するのが大変である	17 1.9	299 33.3	482 53.7	100 11.1	898 100	582 64.81	0.673
認知症の人の穏やかな生活を支えるためのサービス事業者の選定が難しい	20 2.2	297 33.0	466 51.7	118 13.1	901 100	584 64.82	0.701
Cのまとめ	193 2.4	2,729 33.8	3,961 49.0	1,201 14.9	8,084 100	5,162 63.85	
D. かかりつけ医との連携における困難感							
かかりつけ医の認知症の理解が乏しいため、適切な治療が受けられないことがある	34 3.8	393 43.8	378 42.1	93 10.4	898 100	471 52.45	0.725
かかりつけ医の介護保険制度に対する理解が乏しいため、ケアマネジャーとの間の支援方針に相違が生じることがある	35 3.9	421 46.9	356 39.6	86 9.6	898 100	442 49.22	0.719
かかりつけ医が認知症の人の生活を理解していないため、ケアマネジャーとの間の支援の方向性が噛み合わないことがある	37 4.1	443 49.2	345 38.3	75 8.3	900 100	420 46.67	0.707
医療機関どうしの連携が上手くいかず支援に支障を来すことがある	40 4.4	490 54.5	313 34.8	56 6.2	899 100	369 41.05	0.677
かかりつけ医との情報交換のために認知症の人の受診に同行しなくてはいけないことがある	37 4.1	220 24.6	471 52.6	168 18.8	896 100	639 71.32	0.761
Dのまとめ	183 4.1	1,967 43.8	1,863 41.5	478 10.6	4,491 100	2,341 52.13	
E. 病院からの退院に伴う認知症の人の支援における困難感							
退院の時に認知症の人と家族の思いに相違が生じてしまうと家族の思いを優先せざるを得ない	3 0.3	89 9.9	576 63.9	233 25.9	901 100	809 89.79	0.590
病院から退院した後、在宅での生活が落ち着くまでに時間がかかる	9 1.0	181 20.2	561 62.5	147 16.4	898 100	708 78.84	0.634
Eのまとめ	12 0.7	270 15.0	1,137 63.2	380 21.1	1,799 100	1,517 84.32	
F. 病院からの退院に伴う家族の支援における困難感							
退院の際、家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の支援の方向性を決めるのに苦労する	7 0.8	143 15.9	516 57.4	233 25.9	899 100	749 83.31	0.665
入院により家族の在宅介護を続ける気持ちが低下してしまうと自宅退院が難しくなる	3 0.3	80 8.9	489 54.3	328 36.4	900 100	817 90.78	0.628
家族間の意見の相違があると支援の方向性が定まらなくて困る	3 0.3	74 8.2	482 53.4	343 38.0	902 100	825 91.46	0.625
入院中にADLが低下すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅生活が難しくなる	1 0.1	93 10.3	481 53.3	327 36.3	902 100	808 89.58	0.636
入院中に周辺症状が悪化すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅介護が難しくなる	0 0	58 6.5	476 52.9	365 40.6	899 100	841 93.55	0.595
周辺症状のため身体的状態が良くなっていないまま自宅退院せざるを得なくなると家族の介護負担が大きい	0 0	30 3.3	385 42.7	487 54.0	902 100	872 96.67	0.563
入院中に周辺症状が悪化したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない	7 0.8	96 10.7	455 50.7	340 37.9	898 100	795 88.53	0.672
入院中にADLが低下したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない	6 0.7	116 12.9	491 54.6	286 31.8	899 100	777 86.43	0.666

家族の在宅に受け入れる気持ちが整わないまま自宅退院すると家族の精神的な負担が大きい	0 0	31 3.4	388 43.2	480 53.4	899 100	868 96.55	0.565
Fのまとめ	27 0.3	721 8.9	4,163 51.4	3,189 39.4	8,100 100	7,352 90.77	
G. 病院からの退院に伴うサービス調整における困難感							
入院期間が短いため退院後のサービス調整が間に合わないことがある	24 2.7	320 35.6	419 46.7	135 15.0	898 100	554 61.69	0.740
入院中にADLが低下してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する	11 1.2	241 26.8	466 51.9	180 20.0	898 100	646 71.94	0.714
入院中に周辺症状が悪化してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する	10 1.1	124 13.8	532 59.4	230 25.7	896 100	762 85.04	0.657
急に退院が決まると在宅でのサービス調整に苦勞する	7 0.8	72 8.0	343 38.2	477 53.1	899 100	820 91.21	0.673
認知症で医療処置が必要な人は退院後に受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しい	18 2.0	195 21.7	380 42.3	306 34.0	899 100	686 76.31	0.794
Gのまとめ	70 1.6	952 21.2	2,140 47.7	1,328 29.6	4,490 100	3,468 77.24	
H: 入院先の病院との連携における困難感							
退院カンファレンスにケアマネジャーが呼ばれないまま退院してしまうと在宅でのサービス調整に苦勞する	14 1.6	142 15.9	393 44.0	345 38.6	894 100	738 82.55	0.755
急に退院が決まると病院から入院中の情報を得るのが大変である	13 1.4	207 23.0	393 43.7	286 31.8	899 100	679 75.53	0.777
病院の医療職の介護保険制度に対する理解が乏しいと連携が取りにくい	10 1.1	190 21.1	451 50.1	250 27.7	901 100	701 77.80	0.729
病院が退院後の生活まで考えたケアをしてくれないので、在宅に退院してからの支援が大変である	14 1.6	314 35.0	409 45.6	160 17.8	897 100	569 63.43	0.742
病院とケアマネジャーの間に退院支援の方針の相違があると調整に苦勞する	12 1.3	261 28.9	476 52.7	154 17.1	903 100	630 69.77	0.702
病院と間の情報交換に苦勞する	23 2.6	468 52.1	349 38.8	59 6.6	899 100	408 45.38	0.658
病院側の意向で退院先が決まってしまうことがある	30 3.3	319 35.4	396 44.0	155 17.2	900 100	551 61.22	0.774
Hのまとめ	116 1.8	1,901 30.2	2,867 45.6	1,409 22.4	6,293 100	4,276 67.95	
I. 認知症の人の在宅生活を支えるための制度に関連した困難感							
認知症の人の在宅生活を支援するための介護保険制度のサービス量が不足している	3 0.3	182 20.4	435 48.7	274 30.6	894 100	709 79.31	0.718
認知症の人の在宅生活を支援するためのインフォーマルなサービスが不足している	4 0.4	53 5.9	443 49.3	399 44.4	899 100	842 93.66	0.616
限度額がいっぱいになってしまい必要なサービスが導入できないことがある	7 0.8	174 19.4	410 45.7	307 34.2	898 100	717 79.84	0.742
経済的な理由でサービス導入が制限されてしまうことがある	5 0.6	57 6.3	408 45.2	432 47.9	902 100	840 93.13	0.633
認知症の人は介護度が低く出る傾向があるため必要なサービスが導入できないことがある	19 2.1	237 26.4	401 44.6	242 26.9	899 100	643 71.52	0.785
Iのまとめ	38 0.8	703 15.7	2,097 46.7	1,654 36.8	4,492 100	3,751 83.50	
J. 地域の連携における困難感							
認知症の人の生活を支援するための地域住民との協力体制づくりに苦勞する	3 0.3	131 14.5	491 54.4	277 30.7	902 100	768 85.14	0.665
認知症の人の生活を支援するための多職種連携によるチームづくりに苦勞する	7 0.8	289 32.1	449 49.8	156 17.3	901 100	605 67.15	0.706



困難ケースに対して行政の協力がなかなか得られない	23 2.6	337 37.5	328 36.5	210 23.4	898 100	538 59.91	0.822
消防署や警察署の協力が必要になると連携を取るのが大変である	18 2.0	305 34.2	401 44.9	169 18.9	893 100	570 63.83	0.758
Jのまとめ	51 1.4	1,062 29.5	1,669 46.4	812 22.6	3,594 100	2,481 69.03	

表9 質問紙の3と4への回答割合順

n=907

質問項目	回答数	3と4の 回答数	%
周辺症状のため身体的状態が良くなっていないまま自宅退院せざるを得なくなると家族の介護負担が大きい	902	872	96.67
家族の在宅に受け入れる気持ちが整わないまま自宅退院すると家族の精神的な負担が大きい	899	868	96.55
家族の認知症に対する理解が乏しいと支援が難しくなる	899	854	94.99
一人暮らしの認知症の人の服薬管理が難しい	892	845	94.73
家族が認知症の人のことを認知症であると認められないと支援が難しくなる	898	847	94.32
認知症の人の在宅生活を支援するためのインフォーマルなサービスが不足している	899	842	93.66
家族の精神的なストレスを軽減するのが難しい	898	841	93.65
入院中に周辺症状が悪化すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅介護が難しくなる	899	841	93.55
経済的な理由でサービス導入が制限されてしまうことがある	902	840	93.13
夜間に周辺症状が出現して家族が眠れなくなると介護負担が増してしまう	898	834	92.87
一人暮らしの認知症の人の食事管理が難しい	894	823	92.06
家族間の意見の相違があると支援の方向性が定まらなくて困る	902	825	91.46
急に退院が決まると在宅でのサービス調整に苦勞する	899	820	91.21
入院により家族の在宅介護を続ける気持ちが低下してしまうと自宅退院が難しくなる	900	817	90.78
24時間の見守り環境を整えるのが難しい	905	820	90.61
一人暮らしの認知症の人の生活実態を把握するのに時間がかかる	893	806	90.26
退院の時に認知症の人と家族の思いに相違が生じてしまうと家族の思いを優先せざるを得ない	901	809	89.79
入院中にADLが低下すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅生活が難しくなる	902	808	89.58
認知症の人がサービスの利用を拒否するため在宅生活の支援が難しくなることがある	906	806	88.96
入院中に周辺症状が悪化したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない	898	795	88.53
入院中にADLが低下したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない	899	777	86.43
家族の認知症の理解を促すのに時間がかかる	897	769	85.73
介護負担により家族の体調が悪化してしまい在宅生活の支援が難しくなることがある	898	766	85.30
認知症の人の生活を支援するための地域住民との協力体制づくりに苦勞する	902	768	85.14
入院中に周辺症状が悪化してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する	896	762	85.04
認知症の人の在宅調整のために訪問回数が多くなってしまふ	895	760	84.92
退院の際、家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の支援の方向性を決めるのに苦勞する	899	749	83.31
退院カンファレンスにケアマネジャーが呼ばれないまま退院してしまうと在宅でのサービス調整に苦勞する	894	738	82.55
認知症の人の思いを汲み取ることが難しい	906	733	80.91
認知症の人の事故予防に苦勞する	903	730	80.84
限度額がいっぱいになってしまい必要なサービスが導入できないことがある	898	717	79.84
認知症の人が受診を拒否するため治療が出来ないことがある	906	723	79.80
認知症の人の在宅生活を支援するための介護保険制度のサービス量が不足している	894	709	79.31
病院から退院した後、在宅での生活が落ち着くまでに時間がかかる	898	708	78.84
病院の医療職の介護保険制度に対する理解が乏しいと連携が取りにくい	901	701	77.80
サービスが定着するまでに時間がかかる	895	696	77.77
認知症で医療処置のある人の在宅生活の支援に苦勞する	892	692	77.58

認知症で医療処置が必要な人は退院後に受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しい	899	686	76.31
急に退院が決まると病院から入院中の情報を得るのが大変である	899	679	75.53
入院中にADLが低下してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する	898	646	71.94
認知症の人は介護度が低く出る傾向があるため必要なサービスが導入できないことがある	899	643	71.52
かかりつけ医との情報交換のために認知症の人の受診に同行しなくてはいけないことがある	896	639	71.32
サービスを利用する時にケアマネジャーが同行しなくてはいけないことがある	898	635	70.71
周辺症状のためにサービスの継続が難しくなることがある	900	636	70.67
病院とケアマネジャーの間に退院支援の方針の相違があると調整に苦勞する	903	630	69.77
認知症の人の生活を支援するための多職種連携によるチームづくりに苦勞する	901	605	67.15
認知症の人の穏やかな生活を支えるためのサービス事業者の選定が難しい	901	584	64.82
サービス事業者との間で周辺症状への対応を調整するのが大変である	898	582	64.81
消防署や警察署の協力が必要になると連携を取るのが大変である	893	570	63.83
サービスを導入するまでに時間がかかる	894	569	63.65
病院が退院後の生活まで考えたケアをしてくれないので、在宅に退院してからの支援が大変である	897	569	63.43
入院期間が短いため退院後のサービス調整が間に合わないことがある	898	554	61.69
病院側の意向で退院先が決まってしまうことがある	900	551	61.22
困難ケースに対しての行政の協力がなかなか得られない	898	538	59.91
周辺症状のためにサービス事業者から利用を制限されることがある	902	501	55.54
周辺症状のために受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しいことがある	898	484	53.90
ケアプランに沿ったサービス提供が困難である	898	475	52.90
かかりつけ医の認知症の理解が乏しいため、適切な治療が受けられないことがある	898	471	52.45
かかりつけ医の介護保険制度に対する理解が乏しいため、ケアマネジャーとの間の支援方針に相違が生じることがある	898	442	49.22
かかりつけ医が認知症の人の生活を理解していないため、ケアマネジャーとの間の支援の方向性が噛み合わないことがある	900	420	46.67
病院との間の情報交換に苦勞する	899	408	45.38
医療機関どうしの連携が上手くいかず支援に支障を来すことがある	899	369	41.05

(4) 因子分析

62 の質問項目が、「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」の評定尺度として妥当であるか、その因子妥当性を検証することを目的として因子分析を行った。因子分析の方法は、主因子法にてプロマックス回転を行い、固有値 1.000 以上を基準として、表 10 に示すように 13 因子が抽出された。因子負荷量 0.400 以上の項目を採用したため、0.400 未満である 12 項目は削除し、最終的に 50 の項目を分析対象とした。因子分析の結果を、表 10 に示す。また、各因子の項目別の 3 と 4 への回答割合・標準偏差・因子負荷量および因子別の 3 と 4 への回答割合を表 11 に示す。

表 10 「認知症人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」因子分析

質問項目	因子負荷量												
	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	因子 5	因子 6	因子 7	因子 8	因子 9	因子 10	因子 11	因子 12	因子 13
入院中に周辺症状が悪化したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない	<b>0.914</b>	-0.049	-0.059	-0.037	-0.043	0.062	0.017	0.021	-0.014	0.029	-0.101	-0.024	-0.006
入院中に ADL が悪化したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない	<b>0.831</b>	-0.074	-0.074	-0.007	0.004	0.074	0.052	0.007	0.010	-0.010	0.058	-0.093	-0.079
入院中に周辺症状が悪化すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅介護が難しくなる	<b>0.605</b>	0.030	0.038	-0.076	0.057	-0.037	-0.064	-0.003	0.012	0.043	0.019	-0.008	-0.138
周辺症状のため身体的状態が悪くなっていきまます自宅退院せざるを得なくなると家族の介護負担が大きい	<b>0.554</b>	0.013	0.036	-0.078	0.012	-0.059	-0.052	0.021	-0.014	0.020	-0.105	0.112	0.050
入院により家族の在宅介護を続ける気持ちが低下してしまうと自宅退院が難しくなる	<b>0.544</b>	0.030	0.012	0.109	0.027	-0.033	0.010	-0.040	-0.054	-0.036	-0.010	-0.019	0.088
退院の際、家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の支援の方向性を決めるのに苦労する	<b>0.539</b>	0.120	0.009	0.033	-0.053	-0.051	0.013	0.008	0.042	0.047	-0.005	-0.057	0.108
家族の在宅に受け入れる気持ちが整わないまま自宅退院すると家族の精神的な負担が大きい	<b>0.503</b>	-0.106	0.014	0.201	0.000	-0.057	-0.017	0.071	-0.096	-0.062	-0.016	0.153	0.052
家族間の意見の相違があると支援の方向性が定まらなくて困る	<b>0.462</b>	0.018	0.028	0.122	-0.064	0.040	0.089	-0.033	-0.015	-0.072	-0.022	0.119	0.052
周辺症状のためにサービス事業者から利用を制限されることがある	0.005	<b>0.922</b>	0.004	-0.075	0.011	0.020	0.073	-0.068	0.032	-0.154	-0.046	-0.041	-0.062
周辺症状のために受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しいことがある	-0.063	<b>0.795</b>	-0.040	0.042	-0.008	0.006	-0.035	0.017	-0.027	0.069	-0.057	0.016	-0.018
サービス事業者との間で周辺症状への対応を調整するのが大変である	0.040	<b>0.750</b>	0.051	0.009	-0.032	0.017	-0.016	-0.002	-0.021	-0.048	0.012	-0.096	0.076
周辺症状のためにサービスの継続が難しくなることがある	-0.029	<b>0.731</b>	-0.045	-0.024	-0.017	-0.014	0.034	-0.033	-0.074	0.080	-0.037	0.047	0.053
認知症の人の穏やかな生活を支えるためのサービス事業者の選定が難しい	-0.025	<b>0.600</b>	0.069	0.071	-0.027	-0.006	-0.058	0.054	0.053	0.105	0.020	-0.015	-0.059
かかりつけ医が認知症の人の生活を理解していないため、ケアマネジャーとの間の支援の方向性が噛み合わないことがある	-0.016	-0.049	<b>0.882</b>	0.040	0.009	0.050	0.005	-0.039	-0.028	-0.012	0.024	-0.041	0.035
かかりつけ医の介護保険制度に対する理解が乏しいため、ケアマネジャーとの間の支援方針に相違が生じることがある	0.008	-0.053	<b>0.860</b>	-0.022	-0.067	0.032	0.003	0.026	0.015	0.021	0.011	-0.026	-0.035
かかりつけ医の認知症の理解が乏しいため、適切な治療が受けられないことがある	-0.028	0.075	<b>0.746</b>	0.085	0.007	-0.072	-0.041	0.013	-0.006	-0.008	-0.020	0.019	0.016
医療機関どうしの連携が上手くいかず支援に支障を来たすことがある	-0.008	0.064	<b>0.506</b>	-0.126	0.045	0.054	0.053	0.053	0.057	-0.026	0.008	0.036	0.108
家族の認知症に対する理解が乏しいと支援が難しくなる	0.046	-0.017	0.002	<b>0.807</b>	-0.019	-0.019	0.004	0.016	0.043	-0.031	0.027	-0.016	-0.080

家族が認知症の人のことを認知症であると認められな いと支援が難しくなる	0.029	0.035	-0.012	<b>0.802</b>	-0.020	0.042	-0.060	0.009	-0.032	-0.020	0.007	-0.041	0.009
家族の認知症の理解を促すのに時間がかかる	0.023	-0.052	0.061	<b>0.690</b>	0.046	0.094	0.022	-0.055	0.005	0.079	0.011	-0.093	-0.005
家族の精神的なストレスを軽減するのが難しい	-0.021	0.017	-0.010	<b>0.458</b>	-0.016	-0.007	0.049	-0.063	-0.014	0.204	0.064	-0.013	-0.088
限度額がいっぱいになってしまい必要なサービスが導 入できないことがある	-0.024	0.000	-0.056	-0.128	<b>0.917</b>	0.061	0.054	-0.124	0.010	-0.034	0.015	-0.102	0.056
経済的な理由でサービス導入が制限されてしまうこと がある	0.095	-0.040	0.041	0.006	<b>0.656</b>	0.037	0.056	-0.142	0.068	-0.074	-0.036	0.011	0.066
認知症の人の在宅生活を支援するためのインフォーマ ルなサービスが不足している	0.017	-0.045	0.018	0.059	<b>0.544</b>	-0.098	-0.084	0.241	-0.024	0.021	-0.103	0.145	-0.026
認知症の人の在宅生活を支援するための介護保険制 度のサービス量が不足している	-0.056	0.024	0.002	0.063	<b>0.541</b>	-0.083	-0.075	0.144	-0.047	0.125	-0.006	0.144	-0.092
認知症の人は介護度が低くなる傾向があるため必要 なサービスが導入できないことがある	-0.047	0.004	-0.001	0.089	<b>0.508</b>	0.119	0.038	0.091	-0.015	0.043	0.038	-0.098	-0.075
病院の医療職の介護保険制度に対する理解が乏しい と連携が取りにくい	-0.021	-0.005	-0.002	0.115	-0.002	<b>0.691</b>	-0.032	-0.092	-0.017	-0.061	-0.139	0.174	0.088
病院が退院後の生活まで考えたケアをしてくれないの で、在宅に退院してからの支援が大変である	0.059	0.029	0.037	-0.018	0.041	<b>0.672</b>	0.003	0.062	0.028	-0.055	0.021	-0.027	0.026
病院とケアマネジャーの間に退院支援の方針の相違が あると調整に苦労する	0.073	0.049	-0.004	0.088	-0.009	<b>0.667</b>	-0.077	0.041	-0.028	0.013	-0.013	0.003	0.019
病院との間の情報交換に苦労する	-0.066	-0.015	0.017	-0.055	0.009	<b>0.526</b>	-0.016	0.159	0.007	0.138	0.037	0.077	0.013
認知症の人が受診を拒否するため治療が出来ないこと がある	0.042	0.002	0.024	-0.030	0.056	-0.024	<b>0.789</b>	0.023	-0.091	0.001	-0.016	-0.007	-0.041
認知症の人がサービスの利用を拒否するため在宅生 活の支援が難しくなることがある	0.076	-0.028	0.046	-0.026	0.040	-0.131	<b>0.693</b>	-0.048	-0.048	0.085	-0.051	0.088	-0.022
認知症の人の事故予防に苦労する	-0.103	0.025	-0.082	0.064	-0.078	0.051	<b>0.434</b>	0.060	-0.038	0.067	-0.031	-0.017	0.123
消防署や警察署の協力が必要になると連携を取るの が大変である	0.015	-0.035	0.010	-0.082	-0.125	0.090	0.064	<b>0.723</b>	0.034	-0.024	-0.021	0.052	-0.043
認知症の人の生活を支援するための地域住民との協 力体制づくりに苦労する	-0.063	-0.025	-0.054	0.116	0.127	-0.036	-0.015	<b>0.690</b>	-0.083	-0.138	0.011	-0.042	0.162
認知症の人の生活を支援するための多職種連携によ るチームづくりに苦労する	0.095	0.036	-0.090	-0.113	0.057	0.054	0.001	<b>0.675</b>	0.008	0.036	0.082	-0.139	-0.002
困難ケースに対して行政の協力がなかなか得られない	0.013	-0.011	0.148	0.021	-0.001	0.021	0.053	<b>0.636</b>	0.034	-0.019	-0.069	0.032	-0.175
一人暮らしの認知症の人の食事管理が難しい	-0.019	0.023	0.010	-0.030	0.006	0.033	-0.081	-0.022	<b>0.938</b>	0.008	-0.014	-0.010	-0.098
一人暮らしの認知症の人の服薬管理が難しい	0.001	-0.057	0.011	0.027	-0.011	-0.031	-0.025	0.016	<b>0.787</b>	-0.017	-0.006	0.059	-0.036
サービスを導入するまでに時間がかかる	0.010	-0.047	-0.010	0.043	0.004	0.016	0.143	-0.104	0.012	<b>0.760</b>	0.028	0.016	-0.114
サービスが定着するまでに時間がかかる	0.042	-0.016	-0.022	0.111	-0.033	-0.005	0.004	0.017	-0.012	<b>0.746</b>	-0.106	0.018	0.018
ケアプランに沿ったサービス提供が困難である	-0.092	0.134	0.036	-0.065	0.110	0.017	-0.020	-0.032	-0.021	<b>0.499</b>	0.027	-0.012	0.163
入院中にADLが低下してしまうと退院時のサービス調 整に苦労する	-0.044	-0.117	-0.002	0.070	-0.031	-0.021	-0.050	-0.012	0.000	-0.034	<b>1.074</b>	-0.108	-0.001
入院中に周辺症状が悪化してしまうと退院時のサービ ス調整に苦労する	0.096	0.156	-0.064	0.025	0.052	-0.053	-0.078	0.020	-0.004	-0.028	<b>0.608</b>	0.074	0.049
入院期間が短いため退院後のサービス調整が間に合 わないことがある	-0.023	0.022	0.114	-0.087	-0.036	-0.015	0.082	-0.021	-0.020	0.046	<b>0.545</b>	0.202	0.023
退院カンファレンスにケアマネジャーが呼ばれないまま 退院してしまうと在宅でのサービス調整に苦労する	0.001	-0.039	-0.002	-0.023	-0.003	0.051	-0.018	0.005	0.013	0.009	-0.032	<b>0.783</b>	-0.004
急に退院が決まると病院から入院中の情報を得るのが 大変である	0.008	-0.003	-0.027	-0.121	0.000	0.196	0.031	-0.046	0.061	0.033	0.029	<b>0.653</b>	-0.044
かかりつけ医との情報交換のために認知症の人の受 診に同行しなくてはならないことがある	0.033	0.036	0.145	-0.014	0.039	0.061	0.031	-0.053	-0.128	-0.116	0.012	-0.047	<b>0.702</b>
サービスを利用する時にケアマネジャーが同行しなくて はいけないことがある	0.007	-0.029	-0.033	-0.128	-0.088	0.056	-0.074	0.021	-0.038	0.332	0.017	0.012	<b>0.630</b>
認知症の人の在宅生活調整のために訪問回数が多く なってしまう	-0.001	-0.091	-0.109	0.032	0.035	0.015	0.121	-0.066	0.171	0.009	0.011	0.013	<b>0.571</b>

表 11 各因子の項目別の 3 と 4 への回答割合・標準偏差・因子負荷量

および因子別の 3 と 4 への回答割合

質問項目	3と4の 回答割合 (%)	標準偏差	因子負荷量
<b>第 1 因子:病院からの退院における家族支援の困難感</b>			
入院中に周辺症状が悪化したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない	88.53	0.672	0.914
入院中に ADL が低下したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない	86.43	0.666	0.831
入院中に周辺症状が悪化すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅介護が難しくなる	93.55	0.595	0.605
周辺症状のため身体的状態が良くなっていないまま自宅退院せざるを得なくなると家族の介護負担が大きい	96.67	0.563	0.554
入院により家族の在宅介護を続ける気持ちが低下してしまうと自宅退院が難しくなる	90.78	0.628	0.544
退院の際、家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の支援の方向性を決めるのに苦労する	83.31	0.665	0.539
家族の在宅に受け入れる気持ちが整わないまま自宅退院すると家族の精神的な負担が大きい	96.55	0.565	0.503
家族間の意見の相違があると支援の方向性が定まらなくて困る	91.46	0.625	0.462
第 1 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	90.91		
<b>第 2 因子:周辺症状に伴うサービス調整における困難感</b>			
周辺症状のためにサービス事業者から利用を制限されることがある	55.54	0.782	0.922
周辺症状のために受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しいことがある	53.90	0.775	0.795
サービス事業者との間で周辺症状への対応を調整するのが大変である	64.81	0.673	0.750
周辺症状のためにサービスの継続が難しくなることがある	70.67	0.677	0.731
認知症の人の穏やかな生活を支えるためのサービス事業者の選定が難しい	64.82	0.701	0.600
第 2 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	61.95		
<b>第 3 因子:かかりつけ医との連携における困難感</b>			
かかりつけ医が認知症の人の生活を理解していないため、ケアマネジャーとの間の支援の方向性が噛み合わないことがある	46.67	0.707	0.882
かかりつけ医の介護保険制度に対する理解が乏しいため、ケアマネジャーとの間の支援方針に相違が生じることがある	49.22	0.719	0.860
かかりつけ医の認知症の理解が乏しいため、適切な治療が受けられないことがある	52.45	0.725	0.746
医療機関どうしの連携が上手くいかず支援に支障を来すことがある	41.05	0.677	0.506
第 3 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	47.34		
<b>第 4 因子:家族の理解支援における困難感</b>			
家族の認知症に対する理解が乏しいと支援が難しくなる	94.99	0.593	0.807
家族が認知症の人のことを認知症であると認められないと支援が難しくなる	94.32	0.617	0.802
家族の認知症の理解を促すのに時間がかかる	85.73	0.655	0.690
家族の精神的なストレスを軽減するのが難しい	93.65	0.577	0.458
第 4 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	92.18		
<b>第 5 因子:サービスの不足や利用制限に関連した困難感</b>			
限度額がいっぱいになってしまい必要なサービスが導入できないことがある	79.84	0.742	0.917
経済的な理由でサービス導入が制限されてしまうことがある	93.13	0.633	0.656
認知症の人の在宅生活を支援するためのインフォーマルなサービスが不足している	93.66	0.616	0.544
認知症の人の在宅生活を支援するための介護保険制度のサービス量が不足している	79.31	0.718	0.541
認知症の人は介護度が低く出る傾向があるため必要なサービスが導入できないことがある	71.52	0.785	0.508
第 5 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	83.50		
<b>第 6 因子:入院先の病院との連携における困難感</b>			
病院の医療職の介護保険制度に対する理解が乏しいと連携が取りにくい	77.80	0.729	0.691

病院が退院後の生活まで考えたケアをしてくれないので、在宅に退院してからの支援が大変である	63.43	0.742	0.672
病院とケアマネジャーの間に退院支援の方針の相違があると調整に苦労する	69.77	0.702	0.667
病院との間の情報交換に苦労する	45.38	0.658	0.526
第 6 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	64.11		
<b>第 7 因子: 認知症の人の拒否や事故に伴う困難感</b>			
認知症の人が受診を拒否するため治療が出来ないことがある	79.80	0.696	0.789
認知症の人がサービスの利用を拒否するため在宅生活の支援が難しくなることがある	88.96	0.625	0.693
認知症の人の事故予防に苦労する	80.84	0.651	0.434
第 7 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	83.20		
<b>第 8 因子: 地域の連携における困難感</b>			
消防署や警察署の協力が必要になると連携を取るのが大変である	63.83	0.758	0.723
認知症の人の生活を支援するための地域住民との協力体制づくりに苦労する	85.14	0.665	0.690
認知症の人の生活を支援するための多職種連携によるチームづくりに苦労する	67.15	0.706	0.675
困難ケースに対して行政の協力がなかなか得られない	59.91	0.822	0.636
第 8 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	69.03		
<b>第 9 因子: 独居の認知症の人の支援における困難感</b>			
一人暮らしの認知症の人の食事管理が難しい	92.06	0.650	0.938
一人暮らしの認知症の人の服薬管理が難しい	94.73	0.606	0.787
第 9 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	93.39		
<b>第 10 因子: サービスの定着に関する困難感</b>			
サービスを導入するまでに時間がかかる	63.65	0.702	0.760
サービスが定着するまでに時間がかかる	77.77	0.669	0.746
ケアプランに沿ったサービス提供が困難である	52.90	0.687	0.499
第 10 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	64.76		
<b>第 11 因子: 退院後の在宅サービス調整における困難感</b>			
入院中に ADL が低下してしまうと退院時のサービス調整に苦労する	71.94	0.714	1.074
入院中に周辺症状が悪化してしまうと退院時のサービス調整に苦労する	85.04	0.657	0.608
入院期間が短いため退院後のサービス調整が間に合わないことがある	61.69	0.740	0.545
第 11 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	72.88		
<b>第 12 因子: 急な退院に伴う困難感</b>			
退院カンファレンスにケアマネジャーが呼ばれないまま退院してしまうと在宅でのサービス調整に苦労する	82.55	0.755	0.783
急に退院が決まると病院から入院中の情報を得るのが大変である	75.53	0.777	0.653
第 12 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	79.03		
<b>第 13 因子: サービス利用時の同行や訪問回数の増加による困難感</b>			
かかりつけ医との情報交換のために認知症の人の受診に同行しなくてはいけないことがある	71.32	0.761	0.702
サービスを利用する時にケアマネジャーが同行しなくてはいけないことがある	70.71	0.758	0.630
認知症の人の在宅生活調整のために訪問回数が多くなってしまふ	84.92	0.707	0.571
第 13 因子における 3 と 4 の回答割合 (%)	75.64		

第 1 因子は、「入院中に周辺症状が悪化したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない」、「入院中に ADL が悪化したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない」、「入院中に周辺症状が悪化すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅介護が難しくなる」、「周辺症状のため身体的状態が良くないまま自宅退院せざるを得なくなると家族の介護負担が大きい」、「入院により家族の在宅介護を続ける気持ちが低下してしまうと自宅退院が難しくなる」、「退院の際、家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の支援の方向性を決めるのに苦労する」、「家族の在宅に受け入れる気持ちが整わないまま自

宅退院すると家族の精神的な負担が大きい」、「家族間の意見の相違があると支援の方向性が定まらなくて困る」の8項目からなり、『病院からの退院における家族支援の困難感』と命名した。8項目における3と4の回答割合は、90.91%であった。

第2因子は、「周辺症状のためにサービス事業者から利用を制限されることがある」、「周辺症状のために受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しいことがある」、「サービス事業者との間で周辺症状への対応を調整するのが大変である」、「周辺症状のためにサービスの継続が難しくなることがある」、「認知症の人の穏やかな生活を支えるためのサービス事業者の選定が難しい」の5項目からなり、『周辺症状に伴うサービス調整における困難感』と命名した。5項目における3と4の回答割合は、61.95%であった。

第3因子は、「かかりつけ医が認知症の人の生活を理解していないため、ケアマネジャーとの間の支援の方向性が噛み合わないことがある」、「かかりつけ医の介護保険制度に対する理解が乏しいため、ケアマネジャーとの間の支援方針に相違が生じることがある」、「かかりつけ医の認知症の理解が乏しいため、適切な治療が受けられないことがある」、「医療機関どうしの連携が上手くいかず支援に支障を来すことがある」の4項目からなり、『かかりつけ医との連携における困難感』と命名した。4項目における3と4の回答割合は、47.34%であった。

第4因子は、「家族の認知症に対する理解が乏しいと支援が難しくなる」、「家族が認知症の人のことを認知症であると認められないと支援が難しくなる」、「家族の認知症の理解を促すのに時間がかかる」、「家族の精神的なストレスを軽減するのが難しい」の4項目からなり、『家族の理解支援における困難感』と命名した。4項目における3と4の回答割合は、92.18%であった。

第5因子は、「限度額がいっぱいになってしまい必要なサービスが導入できないことがある」、「経済的な理由でサービス導入が制限されてしまうことがある」、「認知症の人の在宅生活を支援するためのインフォーマルなサービスが不足している」、「認知症の人の在宅生活を支援するための介護保険制度のサービス量が不足している」、「認知症の人は介護度が低く出る傾向があるため必要なサービスが導入できないことがある」の5項目からなり、『サービスの不足や利用制限に関連した困難感』と命名した。5項目における3と4の回答割合は、83.50%であった。

第6因子は、「病院の医療職の介護保険制度に対する理解が乏しいと連携が取りにくい」、「病院が退院後の生活まで考えたケアをしてくれないので、在宅に退院してからの支援が大変である」、「病院とケアマネジャーの間に退院支援の方針の相違があると調整に苦労する」、「病院との間の情報交換に苦労する」の4項目からなり、『入院先の病院との連携における困難感』と命名した。4項目における3と4の回答割合は、64.11%であった。

第7因子は、「認知症の人が受診を拒否するため治療が出来ないことがある」、「認知症の人がサービスの利用を拒否するため在宅生活の支援が難しくなることがある」、「認知症の人の事故予防に苦労する」の3項目よりなり、『認知症の人の拒否や事故に伴う困難感』と命名した。3項目における3と4の回答割合は、83.20%であった。

第8因子は、「消防署や警察署の協力が必要になると連携を取るのが大変である」、「認知症の人の生活を支援するための地域住民との協力体制づくりに苦労する」、「認知症の人の生活を支援



するための多職種連携によるチームづくりに苦勞する」、「困難ケースに対して行政の協力がなかなか得られない」の4項目からなり、『地域の連携における困難感』と命名した。4項目における3と4の回答割合は、69.03%であった。

第9因子は、「一人暮らしの認知症の人の食事管理が難しい」、「一人暮らしの認知症の人の服薬管理が難しい」の2項目よりなり、『独居の認知症の人の支援における困難感』と命名した。2項目における3と4の回答割合は、93.39%であった。

第10因子は、「サービスを導入するまでに時間がかかる」、「サービスが定着するまでに時間がかかる」、「ケアプランに沿ったサービス提供が困難である」の3項目よりなり、『サービスの定着に関する困難感』と命名した。3項目における3と4の回答割合は、64.76%であった。

第11因子は、「入院中にADLが低下してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する」、「入院中に周辺症状が悪化してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する」、「入院期間が短いため退院後のサービス調整が間に合わないことがある」の3項目からなり、『退院後の在宅サービス調整における困難感』と命名した。3項目における3と4の回答割合は、72.88%であった。

第12因子は、「退院カンファレンスにケアマネジャーが呼ばれないまま退院してしまうと在宅でのサービス調整に苦勞する」、「急に退院が決まると病院から入院中の情報を得るのが大変である」の2項目からなり、『急な退院に伴う困難感』と命名した。2項目における3と4の回答割合は、79.03%であった。

第13因子は、「かかりつけ医との情報交換のために認知症の人の受診に同行しなくてはいけないことがある」、「サービスを利用する時にケアマネジャーが同行しなくてはいけないことがある」、「認知症の人の在宅生活調整のために訪問回数が多くなってしまう」の3項目からなり、『サービス利用時の同行や訪問回数の増加による困難感』と命名した。3項目における3と4の回答割合は、75.64%であった。

回転前の累積因子負荷量は、13因子で50.172%であった。

#### (5)プロマックス回転後の各因子の負荷量平方和

プロマックス回転後の各因子の負荷量平方和を、表12に示す。負荷量平方和は、第1因子「病院からの退院における家族支援の困難感」が10.011と最も高く、その次に第13因子「サービス利用時の同行や訪問回数の増加による困難感」8.619、第8因子「地域の連携における困難感」8.501、第11因子「退院後の在宅サービス調整における困難感」8.498となった。逆に、負荷量平方和が低い因子としては、第3因子「かかりつけ医との連携における困難感」5.297、第7因子「認知症の人の拒否や事故に伴う困難感」6.552等となった。

表 12 プロマックス回転後の各因子の負荷量平方和

因子	因子名	回転後負荷量平方和
因子 1	病院からの退院における家族支援の困難感	10.011
因子 2	周辺症状に伴うサービス調整における困難感	8.400
因子 3	かかりつけ医との連携における困難感	5.297
因子 4	家族の理解支援における困難感	7.974
因子 5	サービスの不足や利用制限に関連した困難感	8.367
因子 6	入院先の病院との連携における困難感	7.012
因子 7	認知症の人の拒否や事故に伴う困難感	6.552
因子 8	地域の連携における困難感	8.501
因子 9	独居の認知症の人の支援における困難感	7.185
因子 10	サービスの定着に関する困難感	7.393
因子 11	退院後の在宅サービス調整における困難感	8.498
因子 12	急な退院に伴う困難感	7.623
因子 13	サービス利用時の同行や訪問回数の増加による困難感	8.619

#### (5) 因子間相関

各因子間の相関係数を表 13 に示す。0.7 以上の相関係数を示す、高い相関は見れなかったが、「サービスの不足や利用制限に関連した困難感」と「地域の連携における困難感」が 0.649 と比較的高い相関を示した。介護サービスが、限度額の制限やサービス量の不足等でなかなか支援を必要とする認知症の人にゆき届かないという困難感を抱える中、地域社会との連携による支援も難しいという課題を抱えていることがうかがえる結果となった。また、0.5 以上の相関が 13 箇所見られた。その中でも、「病院からの退院における家族支援の困難感」と「退院後の在宅サービス調整における困難感」が 0.581、「独居の認知症の人の支援における困難感」と「サービス利用時の同行や訪問回数の増加による困難感」が 0.567、「退院後の在宅サービス調整における困難感」と「急な退院に伴う困難感」が 0.556 と比較的高い相関を示した。

表 13 因子間相関

因子	病院からの退院における家族支援の困難感	周辺症状に伴うサービス調整における困難感	かかりつけ医との連携における困難感	家族の理解支援における困難感	サービスの不足や利用制限に関連した困難感	入院先の病院との連携における困難感	認知症の人の拒否や事故に伴う困難感	地域の連携における困難感	独居の認知症の人の支援における困難感	サービスの定着に関する困難感	退院後の在宅サービス調整における困難感	急な退院に伴う困難感	サービス利用時の同行や訪問回数増加による困難感
病院からの退院における家族支援の困難感	1.000												
周辺症状に伴うサービス調整における困難感	0.468	1.000											
かかりつけ医との連携における困難感	0.298	0.322	1.000										
家族の理解支援における困難感	0.456	0.377	0.243	1.000									
サービスの不足や利用制限に関連した困難感	0.470	0.388	0.396	0.395	1.000								
入院先の病院との連携における困難感	0.439	0.364	0.443	0.307	0.415	1.000							
認知症の人の拒否や事故に伴う困難感	0.355	0.434	0.262	0.454	0.331	0.268	1.000						
地域の連携における困難感	0.498	0.390	0.365	0.377	<b>0.649</b>	0.493	0.351	1.000					
独居の認知症の人の支援における困難感	0.421	0.359	0.203	<b>0.543</b>	0.402	0.235	<b>0.519</b>	0.368	1.000				
サービスの定着に関する困難感	0.459	<b>0.507</b>	0.209	0.396	0.417	0.301	0.397	0.427	0.433	1.000			
退院後の在宅サービス調整における困難感	<b>0.581</b>	0.488	0.258	0.331	0.457	0.474	0.302	<b>0.501</b>	0.341	<b>0.501</b>	1.000		
急な退院に伴う困難感	<b>0.524</b>	0.385	0.260	0.425	0.454	<b>0.505</b>	0.319	0.489	0.307	0.320	<b>0.556</b>	1.000	
サービス利用時の同行や訪問回数増加による困難感	0.423	0.475	0.302	<b>0.530</b>	0.494	0.349	<b>0.542</b>	0.440	<b>0.567</b>	<b>0.537</b>	0.441	0.409	1.000

(6) 因子分析の妥当性と信頼性

①妥当性

因子分析の結果、Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性は 0.936 であり、サンプルの妥当性は確保されていた。また、Bartlett 球面性検定の有意確率は 0.000 であり、質問項目に関連性があることを確認した。因子妥当性を確認するために、因子分析により抽出された項目に関して主成分分析をした結果、第 1 成分の負荷量は 0.363~0.649 であり、50 項目中 48 項目において第 1 成分の負荷量が他の成分より高いことが確認された。

②信頼性

因子分析の信頼性を検証するために、13 因子全体と因子別に Cronback の  $\alpha$  係数の測定を行った。その結果を表 14 に示す。全因子の Cronback の  $\alpha$  係数は、0.939 であった。因子別の Cronback の  $\alpha$  係数は、第 1 因子「病院からの退院における家族支援の困難感」0.874、第 2 因子「周辺症状に伴うサービス調整における困難感」0.853、第 3 因子「かかりつけ医との連携における困難感」0.852、第 4 因子「家族の理解支援における困難感」0.766、第 5 因子「サービスの不足や利用制限に関連した困難感」0.788、第 6 因子「入院先の病院との連携における困難感」0.801、第 7 因子「認知症の人の拒否や事故に伴う困難感」0.667、第 8 因子「地域の連携における困難感」0.772、第 9 因子「独居の認知症の人の支援における困難感」0.801、第 10 因子「サービスの定着に関する困難感」0.750、第 11 因子「退院後の在

宅サービス調整における困難感」0.807、第12因子「急な退院に伴う困難感」0.746、第13因子「サービス利用時の同行や訪問回数の増加による困難感」0.673となり、13因子中11因子が0.7以上の数値となり、内的一貫性が確保されていることが分かった。

表14 各因子のCronbackの $\alpha$ 係数

因子	因子名	Cronbackの $\alpha$ 係数
全因子	—	0.939
因子1	病院からの退院における家族支援の困難感	0.874
因子2	周辺症状に伴うサービス調整における困難感	0.853
因子3	かかりつけ医との連携における困難感	0.852
因子4	家族の理解支援における困難感	0.766
因子5	サービスの不足や利用制限に関連した困難感	0.788
因子6	入院先の病院との連携における困難感	0.801
因子7	認知症の人の拒否や事故に伴う困難感	0.667
因子8	地域の連携における困難感	0.772
因子9	独居の認知症の人の支援における困難感	0.801
因子10	サービスの定着に関する困難感	0.750
因子11	退院後の在宅サービス調整における困難感	0.807
因子12	急な退院に伴う困難感	0.746
因子13	サービス利用時の同行や訪問回数の増加による困難感	0.673

#### (7) 質問紙自由記述のまとめ

質問紙に「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」を軽減する方策に関して回答を求めたところ、158の回答があった。その回答から「認知症在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」を軽減する方策に関する記述を抽出し、カテゴリー分類を行ったところ、6つのカテゴリーと27のサブカテゴリーが抽出された（表15）。

カテゴリー「地域で認知症の人と家族が安心して暮らしていける体制づくり」からは、サブカテゴリー「地域での認知症に対する理解の向上」、「地域における認知症の人の徘徊時の見守り体制づくり」、「ボランティアによるインフォーマルサービスの拡充」、「カンファレンスにおける民生委員・自治会役員等の参加の促進」が抽出された。カテゴリー「家族が精神的に安定して在宅介護を継続できる体制づくり」からは、サブカテゴリー「家族の認知症の理解の促進」、「認知症の人と家族の会とケアマネジャーとの連携の促進」、「地域のケアマネジャーの連携による家族同士の連携の促進」が抽出された。カテゴリー「介護保険制度の見直し」からは、「認知症の人（特に独居）に対する限度額の引き上げ」、「独居の認知症の人の介護度の引き上げ」、「24時間対応サービスの拡充」、「認知症専門ディサービス、ショートステイの拡

充」、「緊急時に利用できるディサービス、ショートステイの拡充」、「周辺症状が強い時でも利用できるディサービス、ショートステイの拡充」、「ケアマネジャーの待遇改善」が抽出された。カテゴリー「ケアマネジャーに対する直接的支援」からは、サブカテゴリー「地域包括支援センターの困難事例に対するバックアップ体制づくり」、「認知症初期集中支援チームの困難事例に対するバックアップ体制づくり」、「独居の認知症の人の困難事例に対する行政のバックアップ体制づくり」、「初回面談やカンファレンスの時のケアマネジャー2人体制」が抽出された。カテゴリー「専門職の認知症の人への対応力向上」からは、サブカテゴリー「ケアマネジャーの認知症の人のアセスメント力向上」、「認知症対応の専門職の育成」、「介護職員の認知症の人への対応力向上」、「病院職員の認知症および認知症の人の生活に対する理解の向上」、「病院職員の周辺症状への対応力向上」が抽出された。カテゴリー「主治医の認知症の人の生活に対する理解の向上とケアマネジャーとの連携の促進」からは、サブカテゴリー「ケアマネジャーからの情報提供による主治医の認知症の人の生活への理解促進」、「主治医の介護保険制度に関する理解の促進」、「往診のできる認知症専門医の増強」、「訪問看護の利用による主治医とケアマネジャーの連携強化」が抽出された。

表 15 困難感を軽減するための対策（自由記述のまとめ）

カテゴリー	サブカテゴリー
地域で認知症の人と家族が安心して暮らしていける体制づくり	地域の子の認知症に対する理解の向上
	地域における認知症の人の徘徊時の見守り体制づくり
	ボランティアによるインフォーマルサービスの拡充
	カンファレンスにおける民生委員・自治会役員等の参加の促進
家族が精神的に安定して在宅介護を継続できる体制づくり	家族の認知症の理解の促進
	認知症の人と家族の会とケアマネジャーとの連携の促進
	地域のケアマネジャーの連携による家族同士の連携の促進
介護保険制度の見直し	認知症の人（特に独居）に対する限度額の引き上げ
	独居の認知症の人の介護度の引き上げ
	24 時間対応サービスの拡充
	認知症専門ディサービス、ショートステイの拡充
	緊急時に利用できるディサービス、ショートステイの拡充
	周辺症状が強い時でも利用できるディサービス、ショートステイの拡充
	ケアマネジャーの待遇改善
ケアマネジャーに対する直接的支援	地域包括支援センターの困難事例に対するバックアップ体制づくり
	認知症初期集中支援チームの困難事例に対するバックアップ体制づくり
	独居の認知症の人の困難事例に対する行政のバックアップ体制づくり
	初回面談やカンファレンスの時のケアマネジャー2人体制
専門職の認知症の人への対応力向上	ケアマネジャーの認知症の人のアセスメント力向上
	認知症対応の専門職の育成
	介護職員の認知症の人への対応力向上
	病院職員の認知症および認知症の人の生活に対する理解の向上
	病院職員の周辺症状への対応力向上
主治医の認知症の人の生活に対する理解の向上とケアマネジャーとの連携の促進	ケアマネジャーからの情報提供による主治医の認知症の人の生活への理解促進
	主治医の介護保険制度に関する理解の促進
	往診のできる認知症専門医の増強
	訪問看護の利用による主治医とケアマネジャーの連携強化

## VI. 考察

### 1. 「認知症在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」の因子分析について

#### 1) 抽出された 13 因子に関して

25 人のケアマネジャーを対象とした「認知症の人の在宅生活支援における困難感」に関するインタビュー調査から、ケアマネジャーの困難感は 5 個のコアカテゴリー、10 個のカテゴリー、62 個のサブカテゴリーに分類された。その 62 個のサブカテゴリーを質問項目として質問紙調査を実施したところ、907 名のケアマネジャーから回答があり、そのデータを因子分析の対象とした。

因子分析の結果、因子負荷量が 0.400 未満の項目は削除したため、最終的に「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」を説明する項目として 50 項目が抽出された。因子分析は、主因子法プロマックス回転を採用したため、正確な累積負荷量は算出できないが、回転前の累積負荷量は 13 因子で 50.172% であるため、抽出された 50 項目で「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」の約 50% が説明できると言える。

#### < 第 1 因子：病院からの退院における家族支援の困難感 >

抽出された 13 因子中、最も大きな因子となった。また、因子全体の項目における 3 と 4 の回答割合も 90.91% となり、13 因子中 3 番目の高い値を示した。認知症の人が身体的疾患により入院すると、疾患による体調不良や疼痛、生活環境の変化、治療や検査による苦痛等により周辺症状が悪化しやすいといわれる<sup>36)</sup>。そして、周辺症状の悪化により治療や安静の確保が困難になると、抑制等による活動の制限をせざるを得なくなり、ADL の低下を来すことにもなりかねない<sup>37)</sup>。認知症の人を在宅で介護する家族は、24 時間の見守りや周辺症状への対応に苦慮する中、多くの介護負担を抱えながら在宅での生活をしていることが多く、周辺症状の出現と介護負担感には有意な相関が認められている<sup>38)</sup>。そのような生活を送っている中で入院し、入院中に周辺症状の悪化や ADL の低下があると、家族は在宅介護の更なる負担が容易に予測されることになり、家族は在宅介護への拒否感を強くすると考えられる。また家族は、認知症の人が入院することにより在宅での介護をしない状況になると、元の生活に戻ることに抵抗感を示すようになることもあると思われる。そのような状況の中、在宅に戻りたいという認知症の人の思いと、在宅介護を続けることに困難感を示す家族との間でケアマネジャーは苦悩し、どうすれば家族の介護負担が軽減できるのかを模索しながら家族の思いに傾聴し、家族・医療機関の職員・在宅サービス事業所との間で調整を重ねながら認知症の人と家族の支援をしていく状況が本因子より浮かび上がった。

#### < 第 2 因子：周辺症状に伴うサービス調整における困難感 >

第 2 因子は、因子全体の項目における 3 と 4 の回答割合は 61.95% と低い値を示したが、因子分析においては比較的大きな因子となった。標準偏差を見ると、「周辺症状のためにサービス事業者から利用を制限されることがある」0.782、「周辺症状のために受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しいことがある」0.775、「認知症の人の穏やかな生活を支えるためのサービス事業者の選定が難しい」0.701 と 0.7 以上の高い値を示した項目があることから、サ

ービス調整に高い困難感を示したケアマネジャーが一定数存在することがうかがえる結果となった。認知症の人の周辺症状が強くなり、徘徊・暴言・暴力・拒否等の症状が出現してくると、デイサービス等のサービス事業所内において他の利用者への影響が出ることにより、サービス利用が出来なくなる、または利用を制限せざるを得なくなることもあることは、インタビュー調査においても多くのケアマネジャーから語られた (N0.5、6、7、9、12、13、14、18、20)。そのような時は、ケアマネジャーはサービス事業者とサービス内容の調整を行い、時には、サービス事業者を変更せざるを得なくなることも出てくると考えられる。ケアマネジャーは認知症の人の状態を十分にアセスメントし、認知症の人にとって、できるだけ良い選択をしていくことになるが、どのような支援が良い選択であるのかを苦悩するケアマネジャーの姿がうかがえる因子となった。

#### <第3因子：かかりつけ医との連携における困難感>

第3因子は、因子全体の項目における3と4の回答割合は47.34%と全因子の中で最も低い値を示し、因子分析においても、プロマックス回転後の負荷量平方和が5.297と最も低い値の因子となった。しかし、標準偏差においては、「かかりつけ医の認知症の理解が乏しいため、適切な治療が受けられないことがある」0.725、「かかりつけ医の介護保険制度に対する理解が乏しいため、ケアマネジャーとの間の支援方針に相違が生じることがある」0.719、「かかりつけ医が認知症の人の生活を理解していないため、ケアマネジャーとの間の支援の方向性が噛み合わないことがある」0.707と0.7以上の高い値を示す項目があり、多くのケアマネジャーが、かかりつけ医との連携においてはそれ程困難を抱えていない中、強い困難感を抱えるケアマネジャーが一定の割合で存在することが示唆される結果となった。本研究において、70%以上の調査対象者の基礎資格が介護福祉士や社会福祉士といった福祉職であることから分かるように、現在、多くのケアマネジャーが福祉職を基礎資格に持つことが分かっている<sup>39)</sup>。福祉職は、生活を基盤とした生活モデルを支援の基礎的な考え方にすることが多いが、医師をはじめとする医療職は、身体的な支援を基盤とした医学モデルを支援の基礎的な考え方にすることが多いといわれている<sup>40)</sup>。ケアマネジャーが生活モデルによる支援を進めようとする中、かかりつけ医との支援に関する考え方の違いに直面したり、かかりつけ医の認知症の人の生活に関する理解を促すために苦悩するケアマネジャーの姿がうかがえる結果となった。

#### <第4因子：家族の理解支援における困難感>

第4因子は、因子全体の項目における3と4の回答割合は92.18%と13因子中2番目に高い値を示し、因子分析においても、比較的大きな因子となったことから、家族の認知症の理解や認知症であることを受容することの支援に、多くのケアマネジャーが困難感を抱えていることが示唆される結果となった。認知症の人を介護する家族は、認知症の人に中核症状や周辺症状が出現すると、最初はそのことを否認し受け入れることが難しいが、疾患に対する理解が進み客観的に認知症の人のことを把握できるようになると、徐々に状況を受け入れることができるようになるといわれる<sup>41)</sup>。しかし、中には、認知症のことをなかなか理解できない、また、受け入れることができないという家族が存在すると思われる。そのような家族は、行き場のない感情を「怒り」



や「抑うつ」として表出し、認知症の人への不適切な行為を行ったり、家族自身が精神的に追いつめられる事態にもなりかねない<sup>42)</sup>。ケアマネジャーは、そのような家族に根気強く寄り添い、家族の思いに傾聴しながら支援を続けるが、なかなか支援が進まないことに苦悩するケアマネジャーの姿が垣間見られる因子となった。

#### <第5因子：サービスの不足や利用制限に関連した困難感>

第5因子は、因子全体の項目における3と4の回答割合は83.50%と13因子中4番目に高い値を示し、標準偏差においても「認知症の人は介護度が低く出る傾向があるため必要なサービスが導入できないことがある」0.785、「限度額がいっぱいになってしまい必要なサービスが導入できないことがある」0.742、「認知症の人の在宅生活を支援するための介護保険制度のサービス量が不足している」0.718と、0.7以上の高い値を示した項目があることから、一定数のケアマネジャーが、サービス不足や利用制限に強い困難感を抱いていることを示唆する結果となった。本研究における質問紙調査は、人口5万人以上の市と区に事業所を持つケアマネジャーを対象として実施しているため、サービスの量はある程度確保されていると考えられる。しかし、認知症の人に対応できるサービス事業所の不足や、強い周辺症状があるために、毎日のようにサービスを利用する必要がある場合は限度額を超えるため、必要なサービスが導入できないことが考えられる。認知症の人は、徘徊等の症状や事故発生の可能性が出現することにより、家族は24時間の在宅介護をせざるを得ないことが多い。そのような場合、家族の介護負担を軽減するために、デイサービスやショートステイといった介護保険制度によるサービスを導入することにより、家族の介護負担を軽減することになる。しかし、家族の介護負担を軽減するためには週2~3日のサービス利用では足りないことが多く、そのような場合、家族は更に多くのサービス利用を希望することになるが、多くのサービスを利用することにより介護保険制度の限度額を超えてしまうと、それ以上は利用できなくなることになりかねない。また、限度内でサービスを利用したくても自己負担額を支払うことができずに利用を諦めてしまうことも考えられる。インフォーマルな支援も十分ではない、また、認知症の人を受け入れることができるサービス事業所も十分ではない状況の中、支援に苦悩するケアマネジャーの姿が浮かび上がる因子となった。

#### <第6因子：入院先の病院との連携における困難感>

第6因子は、因子全体の項目における3と4の回答割合は64.11%となり、13因子中11番目の値であったが、標準偏差においては、「病院が退院後の生活まで考えたケアをしてくれないので、在宅に退院してからの支援が大変である」0.742、「病院の医療職の介護保険制度に対する理解が乏しいと連携が取りにくい」0.729、「病院とケアマネジャーの間に退院支援の方針の相違があると調整に苦勞する」0.702と、0.7以上の高い値を示した項目があることから、一定数のケアマネジャーが、入院先の病院との連携に高い困難感を抱いていることが示唆される結果となった。認知症の人が身体的疾患により入院すると、当然のことではあるが治療が優先されるため、認知症の人の在宅生活への復帰を重視した支援は病院では十分に行われたい傾向がある<sup>43)</sup>。しかし、病院の医師や看護師に介護保険制度や認知症の人の生活に対する理解が不足していると、病院は疾患の治療のみを行う場になってしまうことにもなりかねない。そして、入院中に、

周辺症状の悪化やADLの低下があると、ケアマネジャーは入院前に比べてサービスを増やす、在宅環境を整える等の退院支援を行うことになる。しかし、病院側の介護保険制度や認知症の人の生活に対する理解不足のため、退院後の生活を見据えたケアが行われていない上に、ケアマネジャーに認知症の人の状態が伝達されていない場合、ケアマネジャーは、認知症の人と家族に対する効果的な退院支援ができず、困難感を抱えることになる。そのような病院との連携に苦悩するケアマネジャーの姿が浮かび上がる因子となった。

#### <第7因子：認知症の人の拒否や事故に伴う困難感>

第7因子は、因子全体の項目における3と4の回答割合は83.20%となり比較的高い値を示し、標準偏差においては0.7以上の値は見られなかったことから、多くのケアマネジャーが認知症の人の拒否や事故予防に苦勞していることが示唆される結果となった。インタビュー結果においても語られていたように(NO.1、2、3、6、7、9、10、13、14、15、16、17、20、22、24、25)、認知症の人は、病識が薄く自己の置かれている状況の判断が難しいため、受診やサービス利用を拒否することが多々見られる。また、徘徊による交通事故や異食等の事故のリスクも報告されている<sup>44)</sup>。そのような状況の中、ケアマネジャーは認知症の人の受診やサービス利用に対する抵抗感を少しでも軽減することができるように、かかりつけ医やサービス事業者との間で調整を行っていくことになる。また、徘徊等に関連する事故予防に関しても、地域住民や警察等の行政機関と連携を取りながら支援を行っていくことになるが、そのような、さまざまな機関との連携を通して認知症の人の生活を支援し、生命を守っていこうとするケアマネジャーの苦悩が表される因子となった。

#### <第8因子：地域の連携における困難感>

第8因子は、因子全体の項目における3と4の回答割合は69.03%となり13因子中9番目の値となったが、標準偏差においては「困難ケースに対して行政の協力がなかなか得られない」0.822、「消防署や警察署の協力が必要になると連携を取るのが大変である」0.758、「認知症の人の生活を支援するための多職種連携によるチームづくりに苦勞する」0.706となり、0.7以上の高い値を示したことから、一定数のケアマネジャーが、行政機関や他職種との地域の連携に強い困難感を抱えていることが示唆される結果となった。認知症の人は、徘徊等の症状が出現するため、地域住民・警察署等の地域の人々や行政機関との連携が必要になることが多い。しかし、その関係する人々の認知症に対する理解が得られない、また、認知症に対する偏見があると連携は難しくなると思われる。そして、認知症の人が元々持っていた地域住民との人間関係を考慮した支援も必要な中、認知症の人に支援に関するさまざまな考え方を持つ人々と連携を取るために、ケアマネジャーは、認知症の人にとって在宅生活を続けていくことが必要であることの理解を働きかけながら、連携をしていくことになる。そのような、地域の人々の理解を得ながら支援の状況を整えていくケアマネジャーの苦悩がうかがえる因子となった。

#### <第9因子：独居の認知症の人の支援における困難感>

第9因子は、因子全体の項目における3と4の回答割合は93.39%と13因子中で最も高い値を示したが、標準偏差においては、「一人暮らしの認知症の人の食事管理が難しい」0.650、「一人

暮らしの認知症の人の服薬管理が難しい」0.606 と、それ程高い値を示さなかったことから、多くのケアマネジャーが独居の認知症の人の支援に高い困難感を抱いていることを示唆した結果となった。認知症と診断を受けた後でも一人で生活を継続する人がいることが知られている<sup>45)</sup>。そのような人の支援においては、食事や内服といった基本的な生活状況を整えることも難しいことが多い。そのような場合、ケアマネジャーは、サービス事業所と連携を取りながら支援をしていくことになるが、インタビュー結果においても語られていたように (No. 1、4、5、10、17、19、21、23)、サービス利用時以外の時間帯で、認知症の人が多量の食事を摂取してしまう、処方された分量以上の薬を内服してしまう等の事態が起これば、生活支援が困難になる。そのような、ケアマネジャーが苦悩する姿が浮かび上がる因子となった。

#### <第10因子：サービスの定着に関する困難感>

第10因子は、因子全体の項目における3と4の回答割合は64.76%と13因子中10番目の値となったが、標準偏差は0.669~0.702と比較的高い値を示したことから、一定数のケアマネジャーが認知症の人のサービスの定着に向けて苦勞していることが示唆される結果となった。認知症の人にサービス利用の拒否や抵抗感があっても、無理のない範囲で少しずつサービス利用を進め、慣れるように支援することで、サービス利用が定着することが考えられる。しかし、その過程で、ケアマネジャーはサービス事業所との間でサービス内容の調整を行い、サービス事業所に必要な情報を提供しながら、根気強く支援をしていくことになると考えられる。時には、ケアマネジャーが認知症の人とサービス事業所に同行し、少しでもサービス利用に対する抵抗感の緩和を図り、時には、サービス事業所の職員に対してケアマネジャーが認知症の人への関わり方をアドバイスするようなことも必要になる。そのようなサービスの定着に向けてのプロセスにおける、ケアマネジャーの苦悩を表した因子となった。

#### <第11因子：退院後の在宅サービス調整における困難感>

第11因子は、因子全体の項目における3と4の回答割合は72.88%と13因子中で8番目の値となったが、標準偏差においては、「入院期間が短いため退院後のサービス調整が間に合わないことがある」0.740、「入院中にADLが低下してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する」0.714と0.7以上の高い値を示した項目があったことから、一定数のケアマネジャーが退院後の在宅サービスの調整に高い困難感を抱いていることを示唆する結果となった。入院による周辺症状の悪化やADLの低下があると、在宅復帰を検討する際に、元々利用していたサービス事業所の利用が難しくなることがある。または、新しいサービスを導入する必要があることも考えられる。しかし、認知症の人は、新しく導入するサービスや事業所に馴染めないことも多いため、できるだけスムーズに在宅サービスが利用できるように家族やサービス事業所と調整を行いながら支援する必要がある。そのような場合、ケアマネジャーは退院までの限られた期間の中で、事業所に対して認知症の人の詳細な情報を提供し、サービス利用をスムーズに始めることができるように調整をしていくことになる。そのような、ケアマネジャーの苦悩する姿が現われた因子となった。

#### <第12因子：急な退院に伴う困難感>

第12因子は、因子全体の項目における3と4の回答割合は79.03%と13因子中6番目の値となり、標準偏差においては、「急に退院が決まると病院から入院中の情報を得るのが大変である」0.777、「退院カンファレンスにケアマネジャーが呼ばれないまま退院してしまうと在宅でのサービス調整に苦勞する」0.755と0.7以上の高い値を示したことから、一定数のケアマネジャーが、急な退院に伴い高い困難感を抱いていることを示唆する結果となった。病院で行われる退院カンファレンスにケアマネジャーが呼んでももらえない、またケアマネジャーに予告がないまま急に退院が決まると、ケアマネジャーは認知症の人に関する入院中の情報が不十分なまま退院支援をせざるを得なくなる。その背景には、ケアマネジャーと病院とのコミュニケーション不足や互いの理解不足があることが考えられる。インタビュー結果の中でも語られていたように

(No.10)、入院時にケアマネジャーから病院側に対して、退院カンファレンスへの参加を依頼しておいても、退院カンファレンスに呼んでももらえないことがある。そのような場合は、病院側が、退院カンファレンスにケアマネジャーが参加することの意義を理解していないことや、ケアマネジャーへの連携方法が確立していないことが考えられる。しかし、退院カンファレンスにケアマネジャーが参加しないまま自宅退院が決まると、ケアマネジャーは限られた期間の中で認知症の人の状態を把握し、介護サービスや在宅生活環境の調整を行わなくてはいけなくなる。そのように、急いで行わなくてはいけないサービス調整等に苦勞するケアマネジャーの姿が浮かび上がる因子となった。

<第13因子：サービス利用時の同行や訪問回数の増加による困難感>

第13因子は、因子全体の項目における3と4の回答割合は75.64%と13因子中で7番目の値であったが、標準偏差においては、「かかりつけ医との情報交換のために認知症の人の受診に同行しなくてはいけないことがある」0.761、「サービスを利用する時にケアマネジャーが同行しなくてはいけないことがある」0.758、「認知症の人の在宅生活調整のために訪問回数が多くなってしまう」0.707と、全ての項目で0.7以上の高い値を示したことから、一定数のケアマネジャーがサービス利用時の同行や自宅への訪問回数が多いことに高い困難感を抱いていることを示唆する結果となった。認知症の人にサービス利用の抵抗感がある場合などは、ケアマネジャーがサービス利用に同行する必要があることがあると思われる。また、独居の認知症の人の場合、本人が主治医とのコミュニケーションが困難であると、受診にケアマネジャーの同行が必要になることも考えられる。このように、認知症の人は、非認知症の人に比べて、サービス事業所への同行訪問や自宅訪問の回数が増える傾向があると思われる。ケアマネジャーは、一人で数多くの利用者を担当しているため、ケース1件当たりの訪問回数が増えると、ケアマネジャーの仕事の負担は、当然増加することになる。そのように、ケアマネジャーが実際に本人と会う回数が多いことも困難感に寄与していることがうかがえる因子となった。

## 2) 「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」の構造

因子分析の結果から捉えられた「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」の概念図を図1に示した。13の因子を赤塗りの□で表示してある。13因子の内容から、「認

知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」は、周辺症状に伴う困難感が4因子、医療機関との連携に伴う困難感が5因子、その他の困難感が4因子で構成されていると考えられた。尚、強い関連があると思われるものを青い線、弱いながらも関連があると思われるものを黄色い点線で示してある。また、それぞれの因子の項目を組み入れた概念図を図2に示した。項目は、赤線の○内に表示してある。

#### (1) 周辺症状に伴う困難感

図1に示すように、周辺症状に伴う困難感の因子としては、第2因子「周辺症状に伴うサービス調整における困難感」、第4因子「家族の理解支援における困難感」、第7因子「認知症の人の拒否や事故に伴う困難感」、第10因子「サービスの定着に関する困難感」が考えられる。在宅において、徘徊・妄想等の周辺症状が出現すると、最初の段階では、家族は症状に伴う行動や言動の意味が理解できずに戸惑うが、主治医やケアマネジャー等の周囲の専門職の支援により、少しずつ認知症に対する理解が進むと、サービス利用に繋がっていくと考えられる。しかし、一旦サービス利用が開始されたとしても、周辺症状の出現に伴い、サービス利用に支障を来すこともあり、なかなかサービスが軌道に乗らないケースも多いと思われる。特に、サービス利用の拒否がある、または頻繁に徘徊が見られる等の症状がある時は、サービス利用に繋げることさえも難しい状況が考えられる。家族は在宅において、認知症の人に徘徊・妄想等の周辺症状が出現すると、最初はその症状の意味が理解できずに混乱するが、その症状が認知症という疾患より起こっていることが理解できるようになると、家族の精神的混乱や動揺は少しずつ軽減されていくと思われる<sup>46)</sup>。しかし、図2の第4因子「家族の理解支援における困難感」で示されたように、家族が認知症のことを疾患であると理解できない、もしくは、認知症であることを受け入れることができない場合、家族は周辺症状がなぜ起こっているのかを受け止めることが困難になるため、精神的混乱や動揺は軽減されず、家族は精神的ストレスを溜め込むことになると考えられる。そして、家族の精神的混乱や動揺は、認知症の人への不適切な対応を引き起こす可能性があると共に、家族の体調悪化にも繋がるため、ケアマネジャーの支援を困難にしていくと思われる。第4因子「家族の理解支援における困難感」は、因子内4項目における3と4の度数割合は92.18%と13因子中2番目に高い値を示したように、多くのケアマネジャーが家族に認知症の理解を促すことや、受容できるように援助していくことに苦労している姿が示唆されている。

そのような中でも、多くの家族は、少しでも家族の介護負担を減らすこと、そして認知症の人の症状の改善や穏やかな生活等を目指して介護サービスを利用していくことになる。しかし、図2の第7因子「認知症の人の拒否や事故に伴う困難感」における項目で示されたように、サービスを導入しようと思っても、認知症の人がサービスを利用する目的や意味が理解できないため、サービス利用を拒否することがある。また、第2因子「周辺症状に伴うサービス調整における困難感」および第10因子「サービスの定着における困難感」における項目で示されたように、サービスが始まったとしても、サービス中に他の利用者に暴力を振るう、または徘徊をしてサービス事業所から頻繁に出て行ってしまう等の症状が起こると、サービス利用が困難になることと共

に、利用回数や曜日を制限されてしまうことにもなりかねないと考えられる。そうすると、ケアマネジャーは事業者と一緒に何とかサービスを継続できないものかとサービス内容の調整を行うと共に、場合によっては、受入れ可能な事業者を探すことになる。そのように、ケアマネジャーは、サービス利用が軌道に乗るまでに、時間をかけて調整していくことになると考えられる。また、認知症の治療や周辺症状の軽減を目的として、医療機関への受診を試みても、認知症の人の多くは病識がないため、受診も拒否する場合がある。したがって、ケアマネジャーは、家族の認知症に対する理解や受容を助けながら、受診やサービス利用を根気強く促していくが、周辺症状によりそのプロセスがなかなか進まないというケアマネジャーの苦悩が示されている。そして、そのプロセスにおいて、ケアマネジャーは医療機関との連携を取りながら、周辺症状の軽減と家族の理解支援およびサービスの定着化を進めていることが示唆された。

## (2) 医療機関との連携に伴う困難感

図1に示すように、医療機関との連携に伴う困難感は、第1因子「病院からの退院における家族支援の困難感」、第3因子「かかりつけ医との連携における困難感」、第6因子「入院先の病院との連携における困難感」、第11因子「退院後の在宅サービス調整における困難感」、第12因子「急な退院に伴う困難感」から構成されていると考えられる。5因子中4因子が病院からの退院に関連した困難感であり、退院支援における困難感が大きな位置を占めていることが示唆された。特に、第1因子「病院からの退院における家族支援の困難感」は、13因子中、最も大きな因子となり、因子中の8項目における3と4の度数割合は91.25%と13因子中で3番目に高い値を示したことから、病院からの退院に伴う家族の介護負担感の増加や介護を続けていこうとする意志の低下が、認知症の人の在宅生活支援における困難感に大きく影響していることが示唆された。認知症の人が入院すると、ケアマネジャーが認知症の人の在宅での生活状況やケア方法に関して、病院の医師・看護師等のスタッフに情報を伝えることが必要になる。しかし、病院側の認知症の人の生活や介護保険制度に対する理解が乏しい等により連携が円滑に行われないと、病院側から急に退院の連絡がくると、退院後のサービス調整が円滑に進まない事態になる。また、自宅退院に対する家族の抵抗感と相まって、病院からの退院支援に対するケアマネジャーの困難感が形成されていることが示唆された。

認知症の人が身体的疾患により入院すると、疾患による体調不良や疼痛、生活環境の変化、治療や検査による苦痛等により、周辺症状は悪化しやすいといわれる<sup>47)</sup>。そして、図2の第11因子「退院後の在宅サービス調整における困難感」における項目に示されたように、周辺症状により治療や安静の確保が困難になると、抑制等による活動の制限をせざるを得なくなり、ADLの低下を来すことにもなりかねないのである<sup>48)</sup>。そのような、入院に伴う周辺症状の悪化やADLの低下は、第1因子「病院からの退院における家族支援の困難感」における項目に示されたように、家族の介護負担感を増大させ、在宅介護を続けていこうとする気持ちを低下させると共に、自宅退院後には、元々利用していたサービスでは支援が難しくなることが考えられるため、ケアマネジャーは家族の介護負担感の軽減を図りながら、サービスの調整をしていくことになる。ま

た、第12因子「急な退院に伴う困難感」における項目に示されたように、周辺症状が悪化したことにより、病院での治療や看護ケアが困難になると、病院側から急に退院するように言われることがあり、更に、昨今の入院期間短縮の傾向も相まって、ケアマネジャーは短い期間で退院カンファレンスにも呼ばれない状況の中、退院支援を行わなくてはいけなくなるという困難感が示された。この背景には、図2の第6因子「入院先の病院との連携における困難感」における項目に示されたように、入院先の病院の医師や看護師等の医療職が、介護保険制度を理解していない、また、認知症の人と家族の生活状況を把握していないとがあり、その場合、医療職とケアマネジャーの支援の方向性に食い違いが起こるため、ケアマネジャーは医療職との情報交換を密にしながら、退院後はスムーズに在宅生活を送れるように支援の方向性を一致させていかなくてはならないことも生じてくる。このように、ケアマネジャーは、病院や在宅サービス事業者との連携に困難を感じながら退院支援を行っていくが、第1因子「病院からの退院における家族支援の困難感」における項目に示されるように、認知症の人が一旦入院すると、家族は「元の生活に戻りたくない」という思いが強くなり、ADLの低下や周辺症状の悪化も加わるため、更に家族は在宅に戻ることに對する抵抗感が強くなり、なかなか退院後の方向性が定まらない状況に陥ると考えられる。そのように、病院からの退院に伴うケアマネジャーの困難感は、周辺症状の悪化やADLの低下に伴う家族支援とサービス調整、そして、入院先の病院との連絡調整が大きく関わっていることが示唆された。

また、医療機関との連携に伴う困難感は、退院に関わる事柄だけではなく、在宅におけるかかりつけ医との連携においても因子として示され、病院の医療職と同様に、かかりつけ医の介護保険制度や認知症の人の生活への無理解、そして、認知症自体への無理解が支援に支障を来し、ケアマネジャーの困難感に結びついていることが示唆された。

### (3) 13因子全体の構造

「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」は、周辺症状に関連した4つの因子、医療機関との連携に関連した5つの因子、そして、「サービスの不足や利用制限に関連した困難感」、「サービス利用時の同行や訪問回数の増加による困難感」、「独居の認知症の人の支援における困難感」、「地域の連携における困難感」の13因子により構成されていることが分かった。周辺症状は、家族の認知症の理解や受容を困難にさせると共に、サービス利用に支障を来すため、家族の介護負担は増大することになる。更に、認知症の人の受診やサービス利用の拒否は、周辺症状の更なる悪化を招き、サービス調整や家族支援の困難感に拍車をかけると考えられる。そして、認知症の人が身体的疾患により入院すると、入院に伴う周辺症状の悪化やADLの低下が起こることにより、家族の介護負担感の更なる増加や介護を続けていこうとする気持ちの低下が起ると同時に、退院後のサービス調整も困難になる。そして、入院先の病院の医療職に認知症の人の生活への理解がない場合、もしくは、周辺症状により急に退院を迫られるような場合は、更に、退院後の家族の支援やサービス調整が困難になるという悪循環が起こり、ケアマネジャーの困難感を増大させることになる。認知症の人の中には、一人暮らしをしている人もいた

め、そのような人の生活調整にも気を配り、時には、サービス利用時にケアマネジャーが同行して支援を行うことになる。また、経済的な理由や介護保険制度の限度額の関連等で、必要なサービスが導入できないような場合は、更に支援が困難になり、行政機関や地域住民、そして他職種と連携を図りながら、何とかして認知症の人と家族の生活を支えていこうとするケアマネジャーの苦悩の構造があることが分かった。

#### (4) KJ 法によるカテゴリー分類と 13 因子の関連

ケアマネジャーのインタビュー内容を KJ 法により整理したカテゴリー分類と、13 因子の内容を対比させたものを表 16 に示した。カテゴリー「在宅で暮らす認知症の人の支援における困難感」は第 7 因子・第 9 因子・第 13 因子に、カテゴリー「病院からの退院に伴う認知症の人の支援における困難感」は第 12 因子に、カテゴリー「在宅で認知症の人を介護する家族の支援における困難感」は第 4 因子に、カテゴリー「病院からの退院に伴う家族の支援における困難感」は第 1 因子に、カテゴリー「在宅生活を支えるためのサービス調整における困難感」は第 2 因子と第 10 因子、カテゴリー「病院からの退院に伴うサービス調整における困難感」は第 11 因子に、カテゴリー「かかりつけ医との連携における困難感」は第 3 因子に、カテゴリー「入院先の病院との連携における困難感」は第 6 因子に、カテゴリー「認知症の人の在宅生活を支えるための制度に関連した困難感」は第 5 因子に、カテゴリー「地域の連携における困難感」は第 8 因子に対応すると考えられた。25 名のインタビュー内容を KJ 法により分類・整理したカテゴリーは、907 名の質問紙調査のデータによる因子分析結果とほぼ一致することが分かり、因子妥当性が確認される結果になったと考えられた。

上記の(1)～(4)の考察を踏まえると、特に、ケアマネジャーの困難感の大きな原因となっているのは、病院の医療職が認知症の生活を把握していない上に、認知症の人への対応ができていないこと、そして、周辺症状に伴う家族の介護負担の増加であると考えられた。そのため、次では、「入院による周辺症状の悪化と医療機関との連携に伴う困難感」、「家族支援に関する困難感」に焦点を当て、その軽減策を検討したいと思う。



図1 認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感 概念図

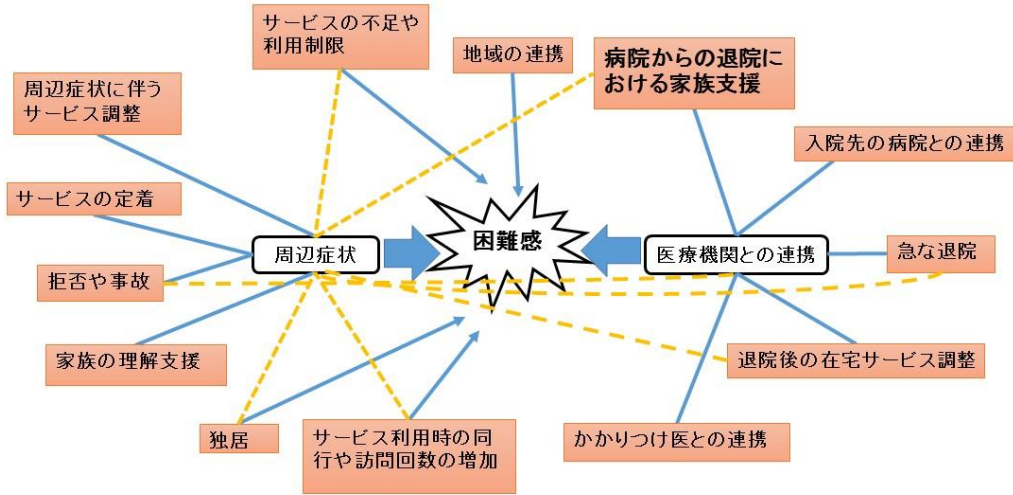


図2 認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感 概念図 (項目入り)

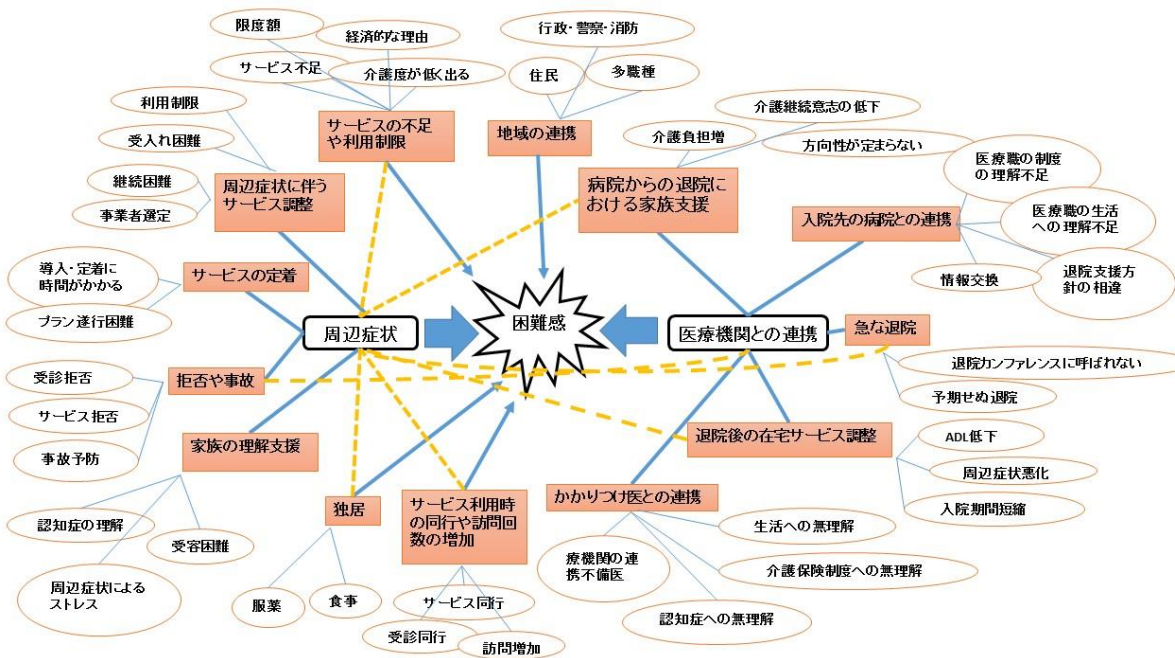


表 16 インタビュー内容のカテゴリーと 13 因子の関連

カテゴリー	因子番号	因子名
在宅で暮らす認知症の人の支援における困難感	第 7 因子 第 9 因子 第 13 因子	認知症の人の拒否や事故に伴う困難感 独居の認知症の人の支援における困難感 サービス利用時の同行や訪問回数の増加による困難感
病院からの退院に伴う認知症の人の支援における困難感	第 12 因子	急な退院に伴う困難感
在宅で認知症の人を介護する家族の支援における困難感	第 4 因子	家族の理解支援における困難感
病院からの退院に伴う家族の支援における困難感	第 1 因子	病院からの退院における家族支援の困難感
在宅生活を支えるためのサービス調整における困難感	第 2 因子 第 10 因子	周辺症状に伴うサービス調整における困難感 サービスの定着に関する困難感
病院からの退院に伴うサービス調整における困難感	第 11 因子	退院後の在宅サービス調整における困難感
かかりつけ医との連携における困難感	第 3 因子	かかりつけ医との連携における困難感
入院先の病院との連携における困難感	第 6 因子	入院先の病院との連携における困難感
認知症の人の在宅生活を支えるための制度に関連した困難感	第 5 因子	サービスの不足や利用制限に関連した困難感
地域の連携における困難感	第 8 因子	地域の連携における困難感

## 2. 入院による周辺症状の悪化および医療機関との連携に伴う困難感について

鈴木<sup>49)</sup>は、「認知症高齢者にとって入院という出来事は、環境や身体的な変化を理解できないことから、常にその心理状態は、どうしてよいか分からない不安感と、見たことがない人に何をされるか分からない恐怖の中にあり混乱しやすい状態であるといえます。また、入院治療が必要なほどの身体的な苦痛は、病状を理解できないがゆえの混乱を増幅させてしまいます。いつもとは異なる環境に加えて、点滴や手術、傷の消毒、薬剤の服用、採血や胃内視鏡などの治療や検査を受ける際は、痛みや苦痛を伴うための身体的なストレスも加わり、症状が強調されて出現してしまいます。」と述べている。つまり、急性期病院への入院による周辺症状悪化の原因としては、疾患による疼痛や気分不快等の体調不良、生活環境の急激な変化、医師・看護師等の認知症の人にとっては顔なじみではない人による治療やケアによる精神的な混乱や身体的な苦痛が考えられる。そのため、点滴針の自己抜去や転倒等の危険性がある場合には、行動抑制や身体拘束を行わなくてはならない状況に陥るため、「認知症高齢者の病気は回復しても、認知症が悪化したり、寝たきりになったりというようなケースが多く見受けられる」<sup>50)</sup>というように、入院中に周辺症状が悪化したり、ADLが低下することにより、入院前とは異なる状態で自宅退院せざるを得ない状況になると思われる。

インタビュー調査から、周辺症状の悪化により引き起こされると考えられるケアマネジャーの支援に関わる困難感、認知症の人の「ケアに対する拒否」、「介護サービス導入の拒否」、「周辺症状の出現による、常時見守りが必要な状態への対応」、「入院による周辺症状の悪化による自宅退院への対応」等が挙げられた。また、「認知症の人が退院し、自宅に帰ってから在宅生活に慣れるまでに3ヶ月はかかる」といった、生活環境の変化に適応するまでの支援が困難な状況が語られている。認知症の悪化により、なぜ自分が介護サービスを利用しているかが分からなくなることや、入院前から認知症の人に関わっていた介護サービス事業者のことが理解できなくなると、介護サービス利用が困難になり、家族の介護負担は増加してしまうことになる。さらに、徘徊や火の不始末等の行為が見られるようになると、24時間の見守りが必要になるため、家族の介護負担は極限に達し、認知症の人と家族が在宅生活を望んでいるとしても、在宅生活の継続は不可能な状態に陥ると考えられる。

急性期病院への入院による周辺症状悪化の根本的な原因は、入院による生活環境の急激な変化であり、その変化による認知症の人への影響を軽減するための処置が病院において行われていないことと考えられる。「急性期病院では、認知症高齢者に対応する医療者は、従来の問題対処型のケアを継続しているのが現状です。さらには、急性期病院の入院期間の短縮化に伴う問題や、医療事故予防のための身体拘束など、急性期病院にはさまざまな問題があります。急性期病院のスピードと入院期間の短縮化は、認知症高齢者が本来求めているケアと真っ向から対立しているように思われます。」<sup>49)</sup>といわれるように、急性期病院の療養環境は、認知症の人に対しては適した環境とは言えない現状が浮かび上がっている。その中には、急性期病院では、認知症ケアに関する専門的知識を持つ看護師が少なく、自ら思いを訴えることができない認知症の人が、適切なケアを受けられていないこと、急性期医療の場では医療事故の予防を重視するため、

円滑な治療の遂行を目的として、認知症の人に対する行動制限や身体拘束が行われていること、そして、治療が優先されるため、個人の生活を重視したケアを継続しにくいことが挙げられている。そのため、入院により疾患は回復しても、認知症は増悪しており、退院後に自宅に復帰できないケースが多いことが指摘されている<sup>50)</sup>。また、インタビューでも数多く語られたように、入院中の行動制限や身体拘束は、認知症の人のADLを低下させ、在宅での生活をより困難にさせていると推測される。

しかし、確かに、入院による認知症の人に対する療養環境の変化は、認知症の人にとっては混乱の元となるが、環境の変化を最小限に抑え、混乱を軽減することは可能であると思われる。質問紙調査の自由記述式回答において、困難感を軽減するための対策として「病院職員の周辺症状への対応力向上」が挙げられたが、特に、病院における看護師の認知症の人に対する理解や認識を変えることにより、たとえ生活する環境が変わったとしても、認知症の人にとっては、病院に入院中であっても「ここに居ても大丈夫」という安心感をもたらすことが可能になると思われる。認知症の人に対する個別ケアの重要性を訴えた、トム・キッドウッドによると、認知症の臨床状態像は、①元々の性格・人格 ②過去から現在に至る、その人の生活史・経歴 ③運動能力や感覚能力を含む身体的な健康状態 ④神経学的な障害・脳病理 ⑤社会心理学、の5つの要因が大きく関与していることが提示されている<sup>51)</sup>。急性期病院に入院している認知症の人は、この中の③と④の部分は医師や看護師から理解されているが、①、②、⑤の部分は、理解されないまま治療やケアを受けていると考えられる。トム・キッドウッドは、「すべての行動障害は、第一にニーズと結びついたコミュニケーションの試みとして見るべきである。そのメッセージを理解しようとする必要があるためであり、その満たされていないニーズに関わることが重要である」また、「人の能力、好み、関心、価値観、スピリチュアリティをはっきりと理解することが重要である」と述べている<sup>52)</sup>。また、竹内<sup>53)</sup>によると、認知症ケアの原則として、「共にある」、「行動の了解」、「安定した関係」、「タイプ別ケア」の4つが挙げられている。「共にある」は、ケアする人が認知症の人の苦痛を共感し寄り添うこと、「行動の了解」は、認知症の人の行動を理解すること、「安定した関係」とは、認知症の人の周辺環境が変わることなく安定した関係を形成することであり、そして、その3つに加えて認知症の人が身体不調を起こしているのか、環境不適合を起こしているのかといった「タイプ別ケア」を実践することで、認知症の人は精神的に安定した生活が送れるとされる。つまり、安全な環境、食事・排泄・清潔等の基本的なニーズを満たすこと、身体的なケアを提供すること以外に、その人らしさを維持し、高めるためのケアが必要であると考えられる。そのために、急性期病院においては、看護師が中心となり認知症の人の生活史や価値観等の個別性に添ったケアを実践することができれば、周辺症状の悪化は最小限に抑えることが可能になると考えられる。

まず、そのケアを実践するためには、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと病院の看護師との連携は欠かせない要素であると思われる。インタビュー対象者（N0.14）が語っていたように、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが病院の看護師に対し、認知症の人の性格、生活史、人間関係の特徴等の情報を提供することにより、看護師は、認知症の人が病院においても精神的

に落ち着いて療養生活を送れるような対応を行うことができ、周辺症状の悪化を最小限に食い止めることができる可能性がある。現在でも、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、利用者の入院先の病院へ情報提供をした場合、連携加算を算定できる仕組みがあるが、十分に機能しているとは言いがたい<sup>54)</sup>。そのため、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと病院の看護師を確実に結ぶ情報連携の仕組みやツールが求められているといえる。

しかし、本研究における調査結果からも、ケアマネジャーには退院支援における病院との間の連携における困難感があり、退院日がケアマネジャーの予期せぬ日程で急に決まることにより、退院までの間に在宅生活に向けてのサービス調整ができない困難感と、病院の医療職との間の情報交換に関する困難感が存在することが示されている。

退院日がケアマネジャーの予期に反して急に決まることの背景としては、インタビュー調査の結果から、急性期病院における入院期間の短縮化、入院後に認知症の人の周辺症状が悪化した場合は病院での対応が困難になること、病院の医療職（医師や看護師等）に認知症の人の在宅生活に対する理解が乏しいこと、そして、ケアマネジャーと病院側の相互の情報交換が不足していることが考えられる。

急性期病院における入院期間の短縮化は、医療制度改正における喫緊の課題であり、2013年時点の一般病床全体の平均在院日数（約18日）を、2025年には、一般急性期病床で9日程度に短縮化するというものであり<sup>55)</sup>、避けては通れない課題であるが、入院期間の短縮化に合わせた退院支援への対応が図られていない病院が多いのではないかと推察される。入院期間の短縮化に対しては、できるだけ早期（できれば外来通院時）からの退院支援への着手、家族やケアマネジャーからの、認知症の人の在宅生活に関する早期の情報収集、そして、できるだけ早期の退院カンファレンスの開催によって、円滑な退院支援が可能になると考える。しかし、居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査<sup>56)</sup>によると、入院時における病院への利用者情報の書面での提供を「ほぼ実施」しているケアマネジャーは、34.3%に留まり、入院時に同行して対面で情報提供をしている11.5%と併せても、入院時に病院へ情報提供を「ほぼ実施」しているケアマネジャーは半分にも満たない状況である。また、退院カンファレンスの出席に関しても、「ほぼ実施」は48.2%であり、入院中から病院と連絡を取り退院へ備えているケアマネジャーに関しても、「ほぼ実施」が49.1%となっており、半分に満たない状況が明らかになっている。つまり、病院における入院期間の短縮化が図られているにも関わらず、多くの退院支援事例において、ケアマネジャーと病院は患者に関する情報交換を行わず、退院カンファレンスも実施しないまま退院支援が行われているのが実態であることが推測される。

そのような実態の要因としては、病棟の看護師は、入院中に患者が安全に療養するための情報は収集することができるが、「治療経過やリハビリ経過の中で、今の病院でのケアから自宅で生活する上でのケア方法へ変えていく“線”としての看護を患者と一緒にイメージすることがなかなかできない<sup>57)</sup>」というように、退院後の生活に関する情報を集め、退院後の生活を見据えた看護ができていないことが挙げられる。病院において、患者のADL、認知の状態、退院後の意向等

の患者の状態像を一番把握しているのは、病棟の看護師である。しかし、実際に病棟の看護師は、患者の疾患のアセスメントを中心として看護計画を立案するため、退院支援に必要な生活のアセスメントが十分にできていないのが現状であると考えられる。そのため、病棟の看護師が患者の退院後の生活を見据えたアセスメントが行えていないがゆえに、ケアマネジャーとの間で、退院後の生活に必要な情報交換が行えていないと思われる。しかし、篠田<sup>58)</sup>が、「地域連携システムづくりは、前方連携と後方連携をセットにして、特定の部署が窓口になると効果的である」と言うように、前方連携がされてこそ、後方連携に繋がっていくのだと思われる。前方連携とは、かかりつけ医や他の医療機関から紹介された患者を病院が受け入れるための連携であり、後方連携とは退院患者をかかりつけ医に戻したり、回復期リハビリテーション病床や療養病床などの後方病院に転院させるための連携である。介護保険制度では、入院時に入院先の病院にケアマネジャーが患者の情報を提供した場合、医療連携加算を算定できる仕組みになっているが、算定率は低いのが現状である<sup>59)</sup>。その理由としては、「病院から情報提供を求められなかった」、「何を伝えたらよいか分からない」、「家族や訪問看護ステーション、主治医から情報が提供されていたため必要ないと思った」等が挙げられているが、訪問看護師やかかりつけ医よりも、患者の生活をよく理解しているケアマネジャーが入院先の病院へ情報を提供する意義は大きいと考えられる。つまり、病棟の看護師は、入院をしている認知症の人の生活の実態が把握できていない場合が多く、ケアマネジャー側も病院のどこの部署にどのような内容の情報を提供したらよいか把握できていない状況であると思われる。更に現在、ケアマネジャーの基礎資格の6割以上が社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、ホームヘルパーといった福祉系の資格保持者が占める中<sup>60)</sup>、入院先の病院との連携に苦手意識を持つケアマネジャーが少なくないことも推察される<sup>61)</sup>。しかし、インタビュー調査 (NO. 14) の中で「入院先の病院に、認知症の人の性格、生活史、生活状況、行動・心理症状が出現した時の対応方法等の情報を提供することにより、入院中の周辺症状は最低限に軽減できる」と語られていたように、きめ細かな前方連携を行うことにより、病棟の看護師は認知症の人に対する接し方や周辺症状への対応を事前に把握することができるため、認知症の人は病棟においても穏やかに療養生活を送ることが可能になり、更に、前方連携により提供された情報により、後方連携も円滑に実施できる可能性があると考えられる。

インタビュー調査の中では、多くのケアマネジャーから「病院での退院カンファレンスに呼んでももらえない」との声が聞かれた (NO. 1、2、3、5、6、9、10、12、14、15、20、23、24、25)。退院支援は、第一段階として「退院支援が必要な患者の状態把握」、第二段階として「退院カンファレンスを中心としたチームアプローチ」、第三段階として「退院を可能にするための制度・社会資源の調整」の三段階に分けて行われる<sup>62)</sup>。退院カンファレンスは、退院支援の骨格となるチームアプローチの中心的な役割を担っており、退院カンファレンスを行わずに退院支援を行うことは、チームアプローチが不十分なまま退院支援が進むことに繋がるため、第三段階の制度・社会資源の調整も不十分になり、退院後の在宅生活に支障を来すことが考えられる。しかし、病院における入院期間の短縮化が進む中、病院の業務の多忙さと相まって退院カンファレンスが行われずに退院をする事例があること、また、病院側の認知症の人に対する生活支援の無理

解により、病院側がケアマネジャーを呼ばずに退院カンファレンスを実施していることも考えられる。

インタビュー調査 (NO. 14) では、ケアマネジャーが病院ときめ細かな前方連携をとることが、確実な退院カンファレンスの出席に繋がることが語られた。それは、つまり、前方連携により、病院の医師や看護師が、認知症の人の在宅での生活に目が向けられるようになり、生活を支援するためには必然的にケアマネジャーとの連携を指向するようになるためであると考えられる。

以上のように、ケアマネジャーの病院との連携に関する困難感を軽減していくためには、前方連携と後方連携をセットにして行うことが重要である。その連携を促進するためには、ケアマネジャーと病院側の、相互の連携に対するモチベーションの向上と、連携の仕組みづくりが求められているといえる。しかし、ケアマネジャーの医療職に対する苦手意識、病院の医療職の認知症の人の生活に対する無理解等、連携上の課題を抱える中で連携を促進するためには、どのような対策が必要なのであろうか。

一つの取り組みとして、2011年より、地域包括支援センターや区市町村に「認知症地域支援推進員」を配置する取り組みが始められている。認知症地域支援推進員は、認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の認知症専門医療機関、介護サービス事業者や認知症サポーターなど、地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図ると共に、認知症地域支援推進員を中心として、各区市町村内の認知症の人と家族を支援する事業を実施することが期待されている<sup>63)</sup>。つまり、認知症の人の入退院における、前方支援と後方支援の円滑な実践を調整する役割が求められているといえる。今まで、多くの地域において、ケアマネジャーと病院との連携は、個々の居宅介護支援事業所、もしくは病院の退院調整部門に委ねられてきたといっても過言ではない。しかし、認知症地域支援推進員の配置により、地域における前方支援と後方支援をセットにした仕組みづくりが進み、ケアマネジャーと病院の医療職の相互が連携のメリットを実感することにより、仕組みが定着する可能性があると思われる。

二つ目の取り組みとして考えられるのは、質問紙調査の自由記述式回答においても、困難感を軽減するための対策として「認知症初期集中支援チームの困難事例に対するバックアップ体制づくり」が挙げられているように、認知症初期集中支援チームの活用である。認知症初期集中支援チームは、「複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム」とされ、医師・保健師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士・介護福祉士等の専門職により構成されている<sup>64)</sup>。医療職と福祉職による早期のアセスメントと介入により、認知症の悪化に対する効果的な予防が期待されているが、このチームの関わりがケアマネジャーに引き継がれることにより、認知症の人が身体的疾患により入院したとしても、認知症初期集中支援チームのアセスメントが綿密に行われていることにより、ケアマネジャーは病院との連携が行いやすくなると考えられる。そのため、認知症初期集中支援チームとケアマネジャーの連

携体制を確立し、認知症の人の情報が確実に引き継がれることが重要となる。そして、認知症初期集中支援チームがとケアマネジャーが連携を取りながらケアプランが作成され、必要に応じてケアマネジャーが認知症初期集中支援チームに相談ができる体制を作ることができれば、ケアマネジャーを中心とした病院との連携体制が整えやすくなると考えられる。

三つ目の取り組みとして考えられるのは、情報を共有するためのツールの活用である。前述したように、ケアマネジャーは、認知症の人の状態を「生活」を中心としてアセスメントを行うが、病院の医療職は「疾患」を中心にアセスメントを行う傾向がある。そのため、ケアマネジャーと病院の医療職の、相互の対象理解が噛み合わず、支援の方向性がずれてしまうことになりかねない。その課題を解決するためには、お互いが同じツールを用いて対象理解をする必要がある。現在、各地域で取り組まれている情報共有に向けたアプローチは、大きく二つに分けることができる。一つは、医療・介護・福祉職が専門的な情報を手紙の形で提供・収受する方式であり（手紙方式）、もう一つは、認知症の人や家族が、健康手帳・お薬手帳のような常時携帯するファイルに情報を蓄積する方式である（ファイル方式）<sup>65)</sup>。手紙方式は、手紙の送り手と受け手にとって、詳細な情報を共有することが可能になるが、その双方の間でのみの情報共有となり、その他の専門職との情報共有に発展しない可能性がある。また、ファイル方式は、認知症の人を支えるさまざまな人との情報共有が可能になるが、例えば、家族や民生委員等に詳細な医療情報を伝えたくない場合は、その情報を記入することができない。更に、個人情報をもどのように保護していくかという問題もあり、ファイルの管理に慎重な対応が必要である。このように、情報共有ツールとしては、「専門的情報の共有」と「生活を支える情報の共有」という二つの目標を実現するため、手紙方式とファイル方式の両方を取り入れることが必要になる<sup>66)</sup>。いずれにしても、情報共有ツールの作成に当たっては、「情報は本来、認知症の本人に帰属するものであること」、「情報共有は、認知症の本人と家族介護者が地域で安心して暮らせるように行うものであること」、そして「情報共有の基本理念を地域の関係者が共有すること」が重要になる<sup>67)</sup>。そのため、「地域の関係者が円滑かつ適切に情報のやり取りができるようにするためには、様々な異なる情報共有ツールが一つの地域の中で、いくつも存在するという事態は避けなければなりません。そのため、認知症の人のケアに携わる地域の全ての関係者が使用する統一した情報共有ツールを作成する必要があります。」<sup>68)</sup>と言われるように、地域での統一したアセスメントの視点、記入様式、使用方法による情報共有ツールが求められているのである。

そのツールの中で、最も重要な部分が、アセスメントの視点をどのように定めるかということである。そして、そのツールの視点の一つとして考えられるのが、国際生活機能分類

(International Classification of Functioning, Disability and Health: 以下、ICF) である。ICFは、健康状態を「心身機能・構造」、「活動」、「参加」を基にした生活機能として表し、さらに、生活機能に「環境因子」と「個人因子」の視点を加えることによって、個人の状態を捉えようとするモデルである<sup>69)</sup>。ICFは、「心身機能・構造」といった身体的状態を生活機能の一部であると捉え、人の「活動」や「参加」といった視点を生活のプラスの部分として表しており、認知症の人の生活を支えるための統一したアセスメントの視点を網羅していると考えられ



る。ICFの視点を基にした、地域における情報共有ツールを作成して活用することにより、ケアマネジャーと病院の医療職が、共通した認知症の人の理解を得ることができると思われる。特に、ICFの視点の活用により、医療職が認知症の人の生活に目を向けられるようになり、生活を支援していくためにケアマネジャーと連携していこうとする意識が高まることが期待される。

また、情報共有を促進していくためには、ケアマネジャーと病院の医療職が、お互いの仕事内容、知識、支援に向けた思考等を理解し、お互いがある存在を尊重して、お互いの長所を引き出し短所を補っていけるように協力する体制づくりが求められているといえる。そのためには、ICFによる認知症の人の理解に関わる研修や勉強会を、ケアマネジャーと病院の医療職と一緒に開催し、お互いの意見を出し合いながら、共通の認知症の人の理解に至るための取り組みも必要であると考えられる。

### 3. 家族支援に関する困難感について

インタビュー調査の内容から、家族の中で主に認知症の人の介護を担う人（以下、家族介護者）の介護負担感が生じる要因としては、家族介護者が認知症のことを理解できないことにより、周辺症状に適切に対応できないこと、家族介護者自身にとって、配偶者や親が認知症になったことを受け入れることが難しいため、介護サービスの利用を拒否し、一人で在宅介護を頑張りすぎること、そして、徘徊や火の不始末等により24時間の介護が必要になると、常時の見守りのため家族介護者が息抜きができる時間が持てないこと等が挙げられた。そして、その中には、仕事と在宅介護の両立が困難になることにより離職を余儀なくされる家族介護者や、介護負担により体調を崩し、入院をせざるを得ない家族介護者の存在も浮かび上がってきた。

井口<sup>70)</sup>は、認知症の人を介護する家族介護者の介護負担の特徴として、認知症の人が示す評価や反応が少なくなっていくがちであること、介護者と要介護者関係の外部にいる者が二者の置かれている状況を理解し難いことにより、家族介護者による介護は外部からの評価が得られ難いことを挙げている。そのため、家族介護者は認知症の人への介護の目標が見出せないまま在宅介護を継続するが、時々、認知症の人に「過去の正常な本人の部分」が見られると、その正常さを目標として在宅介護を行っていく。そして、その過去の正常な本人を知っているのは自分自身だけであることを確信することによって、代替不可能な存在（自分以外の人には、その人の介護はできない）としての自己を確立することによって、在宅介護による負担を強化していくことを提示している。そのため、仮に介護サービス事業者が、家族介護者の代わりに介護を行ったとしても、自分と同じように介護をしてもらわないと、精神的に休むことができず、家族介護者の介護負担感は軽減できないことも指摘している。

このように、認知症の人の正常な面のみ目を向け、正常な状態を目標に挙げてしまうことが、家族介護者が配偶者や親のことを認知症であると認められないこと、認知症のことを理解できないことに繋がっていると考えられる。そのため、家族介護者は、認知症の人が持つ疾患の部分に目を向けることが困難になる。周辺症状の出現を疾患のせいにするのであれば、自己への免責に繋がり、介護負担感を軽減することが可能であると思われるが、認知症の人

が時々見せる「正常な面」は、疾患の理解にも目を背けることになると考えられる。その結果として、「外部サービスに要介護者の身体を委託すれば、結果として家族介護者側の労力的な負担が軽減されることが予期されたとしても、そこでの対応が介護者自身の持つ基準と一致しないことが強く予期されるために、委託がされない<sup>71)</sup>」という状態に陥っていくことが考えられる。そのような状態の中で、家族介護者は「認知症の人のことを分かっているのは私だけ」という確信を深め、認知症の人が時々見せる「正常な部分」だけを頼りにして在宅介護を継続していくことになるのである。

そのような状況の中で、家族介護者の介護負担を少しでも軽減できるようにするためには、第三者の介入が必要になる。しかし、家族介護者は「認知症の人のことを分かっているのは自分だけ」という確信を持っているため、ただ単に一般的な介入をするだけではなく、認知症の人のことを家族介護者と同様に理解し、家族介護者と同様かもしくはそれ以上に認知症の人を中心とした適切なケアが提供できる、認知症ケアの専門家の介入が必要であると思われる。そのような専門家の介入により、家族介護者は安心して認知症の人のケアを任せることができ、「代替不可能な存在」としての自己を取り下げることができると考えられる。

質問紙調査の自由記述式回答においても、困難感を軽減するための対策として、「専門職の認知症の人への対応力向上」が提示され、認知症対応の専門職を育成する必要性が挙げられた。我が国においては、認知症の人のケアに関わる専門的な資格として、認知症認定看護師と認知症ケア専門士がある。認知症認定看護師は公益社団法人日本看護協会が、認知症ケア専門士は一般社団法人日本認知症ケア学会が認定する資格である。認知症認定看護師は、6ヶ月以上に亘り615～677時間の研修時間を要する資格であるが、2014年現在、認定者数は全国で480人と、極めて資格保持者が少ない<sup>72)</sup>。一方、認知症ケア専門士は、2013年現在、35,958人と多くの認定者を輩出しているものの、過去10年間において3年以上の認知症ケアに関わる実務経験が必要であることの他には、資格を得るための受験に関わる規定はなく<sup>73)</sup>、認知症ケアのスペシャリストとはまだ言い難いのが現状であると思われる。このような現状を見ると、認知症ケアの専門家養成は、我が国においては、まだ不十分といわざるを得ないのではないだろうか。

その一方で、認知症ケアの先進国であるデンマークにおいては、看護師や社会保健介護師の有資格者を対象として、100時間以上を費やして認知症ケアのスペシャリストである「認知症コーディネーター」を養成している。養成のカリキュラムは、認知症ケア論、医学的知識、高齢者心理、文化・歴史、コミュニケーション、権利擁護と多岐に亘り、習得した知識、技術、指導力を地域や事業所に還元していくという、公的な役割を担う人材開発を目指す内容となっている。そして、認知症コーディネーターは、認知症の人の自己決定や地域社会生活の継続を支え、認知症ケアにおける個別の課題解決を目的として、医療・介護・家族・地域住民・ボランティア・地域資源を繋ぎながら、認知症の人の生活を支えているのである。その中でも特筆すべきは、認知症コーディネーターが介護サービスの質を担保するために、介護サービス事業所に対し、直接、指導・監督を行うことである。認知症コーディネーターは、概ね5万人規模の市に2名程度配置されており、認知症の人がどこで生活していても、生活の質が保たれるように支援をしているので

ある<sup>74)</sup>。

我が国においても、認知症コーディネーターのような、認知症ケアの専門家が必要であると考えられる。そのことにより、認知症の人は、家族・近隣住民・医師や看護師等の医療従事者・介護職者等の認知症の人を取り巻く人々から理解され、精神的に穏やかな生活を送ることが可能になり、そのことが家族介護者の介護負担の軽減にも繋がると考えられる。

## VII. 結語

### 1. 研究結果のまとめ

本研究は、目的1「認知症の人の在宅生活支援における居宅介護支援事業所のケアマネジャーの困難感を明らかにする」こと、そして、目的2「認知症の人に対して居宅介護支援事業所のケアマネジャーが行う在宅生活支援を促進するための方策を検討する」ことを目的として行った。ケアマネジャーに対するインタビュー内容をKJ法を用いて分類・整理し、「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」に関する62のサブカテゴリーを質問項目として質問紙を作成し、質問紙調査により得られたデータに関して因子分析を行ったところ、ケアマネジャーの困難感として13因子が抽出された。

13因子は、周辺症状に伴う困難感4因子、医療機関との連携に伴う困難感5因子、および、その他の困難感4因子からなる概念図で表すことができた。その概念図において、周辺症状に伴う困難感は、家族の認知症への理解や受容を促す困難感、周辺症状に伴うサービス調整やサービスの定着への困難感、そして、認知症の人の受診やサービス利用の拒否、および、事故予防に伴う困難感で構成された。また、医療機関との連携に伴う困難感、病院からの退院における家族支援の困難感、入院による周辺症状の悪化やADLの低下に伴う急な退院への対応や退院後のサービス調整に関わる困難感、退院に向けての病院との連携における困難感、そして、かかりつけ医との連携における困難感で構成され、退院に伴う家族支援やサービス調整が困難感として大きな位置を占めることが示唆された。その他の因子としては、独居の認知症の人の支援、サービス不足や利用制限、サービス利用時の同行や訪問回数の増加、地域の連携に関する困難感が抽出された。

また、因子分析の結果から、ケアマネジャーの困難感の要因として「入院による周辺症状の悪化と医療機関との連携」、「家族支援」が大きな位置を占めていると考えられたため、その2つに焦点を当て、ケアマネジャーの在宅生活支援の促進に向けての方策を検討した。

先行研究においては、利用者の認知機能の低下や、それに伴う周辺症状がケアマネジャーの支援の困難感に関連していることは明らかにされていたが、認知症の人の在宅生活支援における困難感の内容と構造を明らかにした研究は行われていなかった。そのような状況の中、本研究においては、認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感に関する内容と構造を明らかにすることができたため、ケアマネジャーが認知症の人に対して行う今後のケアマネジメント活動の促進に一定の貢献ができる研究になったと考える。

### 2. 残された課題

第1の課題として、本研究においては質問紙調査の対象を、各区と市において担当利用者数の多い事業所としたが、担当利用者数の少ない事業所では、ケアマネジャーの人数も少ないことが考えられるため、ケアマネジャーが困難事例を抱えたときに「相談できる相手が事業所内にいない」、「前例がないために支援方法が分からない」といった困難感が出てくることが予想される。そのため、担当利用者数が少ない事業所（例えば、ケアマネジャーが一人しかいない事業所）に

対する調査も必要であると考え。

第2の課題として、本研究におけるインタビュー調査では、「一人暮らしの認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」については、多くのデータを集めることができなかった。その理由としては、一人暮らしの認知症の人を受け持つケアマネジャーの人数が少ないこと、そして、一人暮らしの人が認知症になった場合は、すぐに施設や医療機関への入所（院）になるケースが多いことが考えられた。しかし、一人暮らしの認知症の人を担当するケアマネジャーは少なからず存在するため、「一人暮らしの認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」に関しては、一人暮らしの認知症の人に特化した、更なる詳細な調査が必要であると考えられる。

## 【謝辞】

本研究の調査の依頼に対し、ご多忙の中にも関わらず、快くご協力いただきました多くの居宅介護支援事業所の管理者およびケアマネジャーの皆様に、心から感謝し、お礼申し上げます。インタビュー調査の際には、貴重なお時間を割いていただき、とても丁寧で率直なご意見や普段感じていらっしゃる思いを聞かせていただきました。そのインタビューで聞かせていただいたケアマネジャーの皆様のお考えが、本研究を進める上での原動力となりました。また、質問紙調査においては、予想を上回る、とても多くのご回答をいただきました。特に、自由記述の項目で寄せていただいたご意見は、今後の認知症の方のケアマネジメントの方向性を示唆する、とても貴重な資料となりました。本当にありがとうございました。

そして、この研究の全過程を通し、誠に丹念にご指導賜りました竹内孝仁先生に、心から感謝致します。先生には、直接的または間接的に、言葉で言い尽くせない程の、多大なご指導をいただきました。先生が、講演会や著書を通して訴えていらっしゃる認知症の方々の生活を支える思いが、この研究を力強く後押しして下さいました。重ねて厚くお礼申し上げます。本当にありがとうございました。

## 【参考文献】

- 1) 朝田隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応、厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業、2013、p. 1-9
- 2) 三浦正樹：認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）の概要、老年精神医学雑誌 24、2013、p. 874-882
- 3) 認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業検討委員会編：認知症ケアパス作成のための手引き、2013、p. 8
- 4) 認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業検討委員会編：認知症ケアパス作成のための手引き、2013、p. 6
- 5) 今井幸充：認知症診療におけるケアマネジャー・介護職と他の職種連携、臨床精神医学 41(12)、2012、p. 1699-1704
- 6) 三菱総合研究所：居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書、2012
- 7) 吉江悟、齋藤民、高橋都、甲斐一郎：介護支援専門員がケースへの対応に関して抱く困難感とその関連要因－12 種類のケース類型を用いて－、日本公衆衛生雑誌第 53 巻第 1 号、2006、p. 29-38
- 8) 三菱総合研究所：居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書、2012
- 9) Daiwan S, Ivy C, et al. :Assessing Need for Intensive Case Management in Long-Term Care. The Gerontologist, 41:2001, 680-686
- 10) 三浦正樹：認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）の概要、老年精神医学雑誌 24、2013、p. 879
- 11) 篠田道子編：ナースのための退院調整-院内チームと地域連携のシステムづくり-、日本看護協会出版会、2010、p. 11-12
- 12) 三菱総合研究所：居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書、2012、p. 19, 86
- 13) 三菱総合研究所：居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書、2012、p. 112
- 14) 厚生労働省ホームページ：第 17 回介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況について、2015 年 1 月 9 日掲載（2015 年 6 月 1 日閲覧）
- 15) 東京都社会福祉協議会編：退院後、行き場を見つけづらい高齢者-医療と福祉をつなぐ新たなシステムの構築を目指して-、東京都社会福祉協議会、2011、p. 10, 179
- 16) 篠田道子：退院支援システムの構築と退院調整看護師の役割、看護 Vol. 80 No. 11、2008、p. 46
- 17) 鈴木みずえ編：パーソンセンタードケアな視点から進める急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア-入院時から退院後の地域連携まで、日本看護協会出版会、2013、p. 3-4

- 18) 繁信和恵：認知症患者の退院に向けた連携（前半）、精神科看護 Vol. 41 No. 1、2014、p. 75-76
- 19) 原祥子、實金栄、吉岡佐知子、太湯好子：介護老人保健施設で働く介護職員の仕事満足度と認知症ケア困難感との関連、老年社会科学 34(3)、2012、p. 360-369
- 20) 愈秀娟、清水由香、神部智司ら：主任介護支援専門員が認識する「ケアマネジメントで最も時間を要する事例」の特徴、介護福祉学 第 19 巻第 1 号、2012、p. 71-80
- 21) 木下香織、中島望、太湯好子：ケアスタッフの認知症高齢者への対応困難感と自我状態の認識が対人交流に与える影響、日本認知症ケア学会誌 第 12 巻第 2 号、2013、p. 367-375
- 22) Zimmerman S, Williams CS, Reed PS, et al.: Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45:2005, 96-105
- 23) Pietro MJS, Ostini EMJ: Successful Communication with Persons with Alzheimer's Disease; An In-Service Manual. 2<sup>nd</sup> ed., Butterworth-Heinemann, Elsevier, 2003
- 24) 東京都福祉保健局：「東京都在宅高齢者生活実態調査（専門調査）」報告書、2009
- 25) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について、2012、p. 2-3
- 26) 高橋紘士・武藤正樹編：地域連携論-医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援-、オーム社、2013、p. 213
- 27) 今井幸充：認知症診療におけるケアマネジャー・介護職との他職種連携、臨床精神医学 41(12)、2012、p. 1699-1704
- 28) 厚生労働省ホームページ：介護事業所検索「介護サービス検索システム」、<http://www.kaigokensaku.jp/>、2015年1月10日～18日閲覧
- 29) 東京都社会福祉協議会編：退院後、行き場を見つけづらい高齢者-医療と福祉をつなぐ新たなシステムの構築を目指して-、東京都社会福祉協議会、2011
- 30) 三菱総合研究所：居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書、2012
- 31) 富士通総研：精神科病院に入院が必要な認知症の人の状態像に関する調査研究事業、平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業、2013
- 32) 今井幸充：認知症診療におけるケアマネジャー・介護職との他職種連携、臨床精神医学 41(12)、2012
- 33) 名和広人、岡真紀子、西川和子、千葉信子：退院の際に介護ケアマネジャーが望む病棟看護師との連携、精神科看護 Vol. 38 No. 5、2011
- 34) 横浜市訪問看護ステーション連絡会横浜地域看護研究会：ケアマネジャーの医療との連携力向上のための学習プログラム、COMMUNITY CARE Vol. 09 No. 05、2007
- 35) 舟島なをみ：質的研究への挑戦、医学書院、2002、p. 85
- 36) 鈴木みずえ編：パーソンセンタードケアな視点から進める急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア-入院時から退院後の地域連携まで-、日本看護協会出版会、2013、p. 49-



- 37) 島橋誠：身体疾患を有する認知症の人の看護、Nursing Today Vol.29 No.1、2014、p.9
- 38) 梶原弘平・辰巳俊見・山本洋子：認知症高齢者を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する要因、老年精神医学雑誌 第23巻第2号、2012
- 39) 厚生労働省ホームページ：介護支援専門員実務研修受講試験  
職種別合格者数（第1回～第17回の試験の合計）、  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000068883html>、2015年1月9日  
掲載（2015年6月1日閲覧）
- 40) 篠田道子：退院支援システムの構築と退院調整看護師の役割、看護 Vol. 80 No. 11、2008、  
p. 46
- 41) 松本一生：家族と学ぶ認知症-介護者と支援者のためのガイドブック、金剛出版、2006、  
p. 59-60
- 42) 松本一生：認知症介護-サポートマニュアル-、河出書房新社、2007、p. 151-157
- 43) 樋口キエ子・式恵美子編著：退院支援から在宅ケアへ-ライフサポーターとしての看護実践能力をめざして-、筒井書房、2010、p. 2-5
- 44) 松本一生：在宅介護を取り巻くリスク、日本認知症ケア学会誌 13(3)、2014
- 45) 井藤佳恵：独居あるいは高齢世帯で迎える認知症-近隣トラブルを通じた考察-、老年精神医学雑誌 第24巻第11号、2013
- 46) 杉山孝博：認知症の理解と援助、クリエイツかもがわ、2007、p. 52-57
- 47) 鈴木みずえ編：パーソンセンタードケアな視点から進める急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア-入院時から退院後の地域連携まで-、日本看護協会出版会、2013、p. 49-51
- 48) 島橋誠：身体疾患を有する認知症の人の看護、Nursing Today Vol.29 No.1、2014、p.9
- 49) 鈴木みずえ編：パーソンセンタードケアな視点から進める急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア-入院時から退院後の地域連携まで、日本看護協会出版会、2013、p. 50
- 50) 鈴木みずえ編：パーソンセンタードケアな視点から進める急性期病院で治療を受ける認知症高齢者のケア-入院時から退院後の地域連携まで、日本看護協会出版会、2013、p. 44
- 51) スー・ベンソン編：パーソンセンタード・ケア〔改訂版〕-認知症・個別ケアの創造的アプローチ-、クリエイツかもがわ、2007、p. 132-133
- 52) トム・キッドウッド：認知症のパーソンセンタードケア-新しいケアの文化へ-、筒井書房、2005、p. 236
- 53) 竹内孝仁：自立支援介護ブックレット③「認知症ケア」、筒井書房、2014、p. 28-39
- 54) 平成21年度介護支援専門員研究協議会調査研究委員会：都内居宅介護支援事業者における平成21年度介護報酬改定後の各種加算の請求実態と加算要件に対する認識に関する調査報告、2009
- 55) 高橋紘士・武藤正樹編：地域連携論-医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援-、オー

- ム社、2013、p. 42
- 56) 三菱総合研究所：居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書、2012、p. 103-104
- 57) 宇都宮宏子：病棟看護師の意識改革を促すアドバイス、コミュニティケア、2008、p. 50
- 58) 篠田道子：退院支援システムの構築と退院調整看護師の役割、看護 Vol. 80 No. 11、2008、p. 45
- 59) ケアマネの「医療連携加算」「退院退所加算」請求しづらさが浮き彫りに-東京都介護支援専門員研究協議会が調査-、月間ケアマネジメント Vol. 21 No. 4、2010、p. 18
- 60) 厚生労働省ホームページ：介護支援専門員実務研修受講試験職種別合格者数（第1回～第17回の試験の合計）、<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000068883.html>、2015年1月9日掲載（2015年6月1日閲覧）
- 61) 月間ケアマネジメント編集部：医療の知識も大切だけど…重要なのは在宅生活をイメージすること、月間ケアマネジメント Vol. 20 No. 11、2009、p. 16-17
- 62) 宇都宮宏子・三輪恭子編：これからの退院支援・退院調整、日本看護協会出版会、2011、p. 10-40
- 63) 大島憲子：地域連携のための認知症地域支援推進員の役割、老年精神医学雑誌 第23巻第3号、2012
- 64) 厚生労働省：認知症初期集中支援チーム員研修テキスト、2013、p. 29-30
- 65) 東京都認知症対策推進会議認知症ケアパス部会報告書：認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みづくりに向けて、2012、p. 25
- 66) 東京都認知症対策推進会議認知症ケアパス部会報告書：認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みづくりに向けて、2012、p. 26-27
- 67) 東京都認知症対策推進会議認知症ケアパス部会報告書：認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みづくりに向けて、2012、p. 20
- 68) 東京都認知症対策推進会議認知症ケアパス部会報告書：認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みづくりに向けて、2012、p. 21
- 69) 上田敏：ICFの理解と活用-人が「生きること」「生きることの困難（障害）」をどう捉えるか-、きょうされん、2005
- 70) 井口高志：認知症家族介護を生きる-新しい認知症ケア時代の臨床社会学-、東信堂、2007、p. 200~201
- 71) 井口高志：認知症家族介護を生きる-新しい認知症ケア時代の臨床社会学-、東信堂、2007、p. 160
- 72) 公益社団法人日本看護協会ホームページ：認定看護師とは-分野別都道府県別登録者数、<http://ninteinurse.or.jp/nursing/qualification/cn>、2015年6月1日閲覧

73) 一般社団法人日本認知症ケア学会ホームページ：認知症ケア専門士認定試験の概要、  
<http://184.73.219.23/d-care/senmonsi/senmonsi.htm>、2015年6月1日閲覧

74) 山梨恵子：デンマークの認知症ケアシステムに学ぶ、ニッセイ基礎研究所、2010、p. 15-18

## 資料 1

### 【インタビューガイド】

研究課題名

「認知症の人の退院支援におけるケアマネジャーの困難感の分析」

国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科

研究生 木村 暢男

1. 基本属性を教えてください。
  - 1)年齢
  - 2)ケアマネジャーとしての経験年数
  - 3)ケアマネジャーとしての基礎資格
  - 4)認知症ケアマネジメントに関する研修受講の有無
  - 5)退院支援に関する研修受講の有無
  
2. 認知症の人の生活を支援していく上で困っていること、難しく感じることはありますか？
  - ・頻回に訪問が必要
  - ・認知症の状態がころころ変わる、おっしゃることが変わる
  - ・受診や検査に同行が必要
  - ・認知症の人の理解が得られない
  - ・介護を受け入れて下さらない
  - ・認知症の人の意思が分からない
  - ・サービスの利用が困難
  - ・徘徊、昼夜逆転、うつ状態などの周辺症状への対応
  - ・サービス量が十分ではない（限度額がいっぱいになる）
  - ・内服や摂食困難
  - ・医療への不信感
  - ・情報がなかなか取れない
  - ・アセスメントが難しくケアプランが立てづらい
  - ・一人暮らしの認知症の人の支援
  - ・緊急時の対応
  - ・認知症の人の担当数が増えている
  - ・医療ニーズが高い人が増えている
  - ・インフォーマルなサービスが不足している（見守りボランティア、配食サービス、介護保険

外のホームヘルプ)

3. 認知症の人の家族への支援において困っていること、難しく感じることはありますか？
  - ・ 家族の介護負担が強い
  - ・ 家族が認知症のことを理解できない
  - ・ 家族がサービス利用に消極的
  - ・ 家族の体調悪化や経済的問題
  - ・ 家族からの相談が多い
  
4. 認知症の人の生活を支援していく上で医療機関や地域の専門職との連携で困っていること、難しく感じることはありますか？
  - ・ 主治医となかなか会えない、または連絡が取れない
  - ・ 主治医とのコミュニケーションがとりづらい
  - ・ 医療機関から情報が取れない
  - ・ 医師同士の連携（主治医と認知症専門医）
  - ・ 医療機関との間の支援方針の食い違いがある（生活に対する理解が乏しい）
  - ・ サービス事業者から受け入れを断られてしまう
  - ・ 受け入れてくれる小規模多機能居宅介護が見つからない
  - ・ サービス事業者からの情報が少ない
  - ・ 地域包括支援センターとの連携
  - ・ 行政との連携
  - ・ 民生委員や近隣住民との連携
  
5. 認知症の人の退院支援において困っていること、難しく感じていることはありますか？
  - ・ 入院中に症状が悪化
  - ・ 入院期間が短い
  
6. 認知症の人の退院支援の中で医療機関との連携において困っていること、難しく感じていることはありますか？
  - ・ 医療機関から入院中の情報が取れない
  - ・ 退院カンファレンスに呼ばれない
  - ・ 退院カンファレンスが医療側主導で進んでしまう
  - ・ 医師とのコミュニケーションがとりづらい
  - ・ いきなり退院の連絡がくる
  - ・ 入院した時の情報提供をどうしたらよいか分からない
  - ・ 医師同士の連携が上手くいっていない

- ・薬の調整
  - ・身体具合が整わないまま退院してくる
7. 認知症の人の退院支援の中で地域の専門職等との連携において困っていること、難しく感じることはありますか？
- ・受け入れてくれるサービス事業者が見つげずらい
  - ・退院までの期間が短くサービスの調整が間に合わない
  - ・支援方針の食い違いがある
  - ・地域包括、行政、民生委員、近隣住民との連携
  - ・インフォーマルなサービスが不足している（見守りボランティア、配食サービス、介護保険外のホームヘルプ）
8. 認知症の人の退院支援における家族の支援に関して困っていること、難しく感じることはありますか？
- ・家族の受け入れ態勢が整わない
  - ・本人と家族の間の思いが食い違う
  - ・家族が認知症の人の症状が理解できない
  - ・家族の気持ちの準備が整わない
  - ・家族の介護負担が増加してしまう
9. 認知症の人の退院支援で悩んだり困った時に、相談する人や場所はありますか？
- ・相談する場所（上司や同僚、地域包括、医療機関、他の専門職）
10. 認知症の人の退院支援を促進するために、ケアマネジャーに対してどのような支援が必要だと思いますか？
- ・研修
  - ・地域の連携の促進
  - ・退院支援加算の増額
11. 今後、認知症の人の退院支援に対してどのように取り組んでいきたいと思えますか？

## 「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」

### アンケート調査へのご協力をお願い

私、以前はケアマネジャーとして在宅ケアの実践をしておりましたが、現在は、国際医療福祉大学大学院の研究生として認知症の人へのケアマネジメントに関する研究に取り組んでいる者です。今回、以前より感じている問題を研究課題として取り組ませていただいております。つきましては、日頃のご多忙な業務の中、大変恐縮でございますが、是非とも調査にご協力いただきたく何卒よろしくお願い申し上げます。

<この調査の背景として>

厚生労働省による「認知症施策推進5か年計画」(オレンジプラン)の計画の一つとして、「退院支援・地域連携クリティカルパスの作成」が挙げられており、医療・介護サービスの円滑な連携による支援の重要性が示されております。そのことが目指すところは、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現であり、認知症の人の暮らしを地域で支えていくことは、生活の質(QOL)を維持していく上で重要な課題であると考えられます。ケアマネジャーは、その課題を克服していくための地域の要であり、認知症の人と家族にとっては最も身近で頼れる存在です。

しかし、私の個人的な経験からも、地域における認知症の人の在宅生活の支援においてケアマネジャーは、医療機関との連携、家族の介護負担の増大、24時間の見守り環境の整備等の多くの困難を抱えながらケアマネジメントを実践していると考えられます。特に、認知症の人が身体的疾患により入院すると、環境の変化、活動の制限、身体的・精神的苦痛、治療や検査による身体的侵襲等により認知状態が悪化するため、退院時のケアマネジメントには多くの困難が考えられます。

本研究は、認知症の人の在宅生活の支援にあたり、ケアマネジャーが抱える困難感を明らかにし、少しでもその困難感を軽減するための方策を検討することを目的として行います。その目的の第一歩として、昨年8月～今年1月にかけて、全国25名のケアマネジャー様にインタビュー調査を実施させていただいたところ、逐語録はA4用紙212枚となり、その中から約850の困難感が抽出されました。その調査結果を基にアンケート用紙を作成致しましたので、今回、そのアンケートにご回答いただきたく思っております。

ご回答いただきました内容は、この調査のみに使用するものであり、他の目的に使用することはございません。是非この調査にご協力いただきたく、重ねてお願い申し上げます。

アンケート用紙2部と返信用封筒を同封させていただきました。お忙しいところ大変お手数でございますが、貴事業所2名のケアマネジャー様にご回答いただき、**2月25(水)まで**にご返送いただければと思います。返信用封筒に記入済みのアンケート用紙を2部入れていただき、**切手を貼らず**にご投函下さい。

お忙しいところ無理なお願いをしてしまい、本当に申し訳ございません。何卒よろしくお願い致します。

国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科  
研究生 木村 暢男

<連絡先>

〒514-0061 三重県津市一身田上津部田 1504-209

TEL : 090-9681-8465

mail : nobuokunko@zd.ztv.ne.jp

\*本研究は、国際医療福祉大学研究倫理審査委員会から承認を受けております。

**【認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感に関するアンケート】**

お手数でございますが、質問にお答えいただく前に、まず以下の該当項目を○で囲んで下さい。ただし、2に関しましては（ ）に数字を入れて下さい。

1. 年齢  
 ・20歳台    ・30歳台    ・40歳台    ・50歳台    ・60歳台    ・70歳以上
2. ケアマネジャーとしての通算の経験年数  
 （            ）年
3. ケアマネジャーになられた時の基礎資格  
 ・介護福祉士    ・社会福祉士    ・看護師    ・保健師    ・その他（            ）
4. 認知症ケアマネジメントに関する研修の受講の有無  
 ・あり    ・なし
5. 退院支援に関する研修の受講の有無  
 ・あり    ・なし

**【質問事項】**

**Q1.** 以下に「認知症の人の在宅生活支援におけるケアマネジャーの困難感」と考えられる項目を挙げてあります。各項目ごとに、あなた自身がどの程度当てはまるか、以下の記述文の該当する数字に○印をご記入下さい。

(4:非常に当てはまる    3:当てはまる    2:あまり当てはまらない    1:全く当てはまらない)

本調査における用語の解説

- ・認知症の人：40歳以上で認知症と診断された上で介護保険制度のサービスを利用している人
- ・周辺症状：幻覚、妄想、徘徊等の認知症によって引き起こされる精神症状や行動障害
- ・サービス：介護保険制度に指定されたサービス
- ・サービス事業者：介護保険制度で指定されたサービスを提供する事業者
- ・かかりつけ医：在宅で生活する認知症の人の体調管理や疾患の治療を行う診療所や病院
- ・病院：身体的疾患に対する急性期治療を行う病院
- ・退院カンファレンス：退院前に病院で行われるカンファレンス

**A：在宅で暮らす認知症の人の支援における困難感**

	4	3	2	1
・認知症の人が受診を拒否するため治療が出来ないことがある				
・認知症の人がサービスの利用を拒否するため在宅生活の支援が難しくなることがある				
・認知症の人の事故予防に苦勞する				
・24時間の見守りの環境を整えるのが難しい				
・認知症の人の思いを汲み取ることが難しい				



(4 : 非常に当てはまる 3 : 当てはまる 2 : あまり当てはまらない 1 : 全く当てはまらない)

	4	3	2	1
・認知症で医療処置のある人の在宅生活の支援に苦勞する	4	3	2	1
・認知症の人の在宅生活調整のために訪問回数が多くなってしまふ	4	3	2	1
・一人暮らしの認知症の人の生活実態を把握するのに時間がかかる	4	3	2	1
・一人暮らしの認知症の人の服薬管理が難しい	4	3	2	1
・一人暮らしの認知症の人の食事管理が難しい	4	3	2	1

**B. 在宅で認知症の人を介護する家族の支援における困難感**

	4	3	2	1
・家族の精神的なストレスを軽減するのが難しい	4	3	2	1
・家族の認知症に対する理解が乏しいと支援が難しくなる	4	3	2	1
・家族が認知症の人のことを認知症であると認められないと支援が難しくなる	4	3	2	1
・家族の認知症の理解を促すのに時間がかかる	4	3	2	1
・介護負担により家族の体調が悪化してしまふ在宅生活の支援が難しくなることがある	4	3	2	1
・夜間に周辺症状が出現して家族が眠れなくなると介護負担が増してしまふ	4	3	2	1

**C. 在宅生活を支えるためのサービス調整における困難感**

	4	3	2	1
・サービスを導入するまでに時間がかかる	4	3	2	1
・サービスが定着するまでに時間がかかる	4	3	2	1
・サービスを利用する時にケアマネジャーが同行しなくてはいけないことがある	4	3	2	1
・ケアプランに沿ったサービス提供が困難である	4	3	2	1
・周辺症状のために受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しいことがある	4	3	2	1

(4 : 非常に当てはまる 3 : 当てはまる 2 : あまり当てはまらない 1 : 全く当てはまらない)

4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1

- ・周辺症状のためにサービスの継続が難しくなることがある
- ・周辺症状のためにサービス事業者から利用を制限されることがある
- ・サービス事業者との間で周辺症状への対応を調整するのが大変である
- ・認知症の人の穏やかな生活を支えるためのサービス事業者の選定が難しい

D. かかりつけ医との連携における困難感

4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1

- ・かかりつけ医の認知症の理解が乏しいため、適切な治療が受けられないことがある
- ・かかりつけ医の介護保険制度に対する理解が乏しいため、ケアマネジャーとの間の支援方針に相違が生じることがある
- ・かかりつけ医が認知症の人の生活を理解していないため、ケアマネジャーとの間の支援の方向性が噛み合わないことがある
- ・医療機関どうしの連携が上手くいかず支援に支障を来すことがある
- ・かかりつけ医との情報交換のために認知症の人の受診に同行しなくてはいけないことがある

E. 病院からの退院に伴う認知症の人の支援における困難感

4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1

- ・退院の時に認知症の人と家族の思いに相違が生じてしまうと家族の思いを優先せざるを得ない
- ・病院から退院した後、在宅での生活が落ち着くまでに時間がかかる

F. 病院からの退院に伴う家族の支援における困難感

4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1

- ・退院の際、家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の支援の方向性を決めるのに苦勞する
- ・入院により家族の在宅介護を続ける気持ちが低下してしまうと自宅退院が難しくなる

(4 : 非常に当てはまる    3 : 当てはまる    2 : あまり当てはまらない    1 : 全く当てはまらない)

- 4    3    2    1

・家族間の意見の相違があると支援の方向性が定まらなくて困る

\_\_\_\_\_ |
- 4    3    2    1

・入院中に ADL が低下すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅生活が難しくなる

\_\_\_\_\_ |
- 4    3    2    1

・入院中に周辺症状が悪化すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅介護が難しくなる

\_\_\_\_\_ |
- 4    3    2    1

・周辺症状のため身体的状態が良くなっていないまま自宅退院せざるを得なくなると家族の介護負担が大きい

\_\_\_\_\_ |
- 4    3    2    1

・入院中に周辺症状が悪化したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない

\_\_\_\_\_ |
- 4    3    2    1

・入院中に ADL が低下したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない

\_\_\_\_\_ |
- 4    3    2    1

・家族の在宅に受け入れる気持ちが整わないまま自宅退院すると家族の精神的な負担が大きい

\_\_\_\_\_ |

G. 病院からの退院に伴うサービス調整における困難感

- 4    3    2    1

・入院期間が短いと退院後のサービス調整が間に合わないことがある

\_\_\_\_\_ |
- 4    3    2    1

・入院中に ADL が低下してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する

\_\_\_\_\_ |
- 4    3    2    1

・入院中に周辺症状が悪化してしまうと退院時のサービス調整に苦勞する

\_\_\_\_\_ |
- 4    3    2    1

・急に退院が決まると在宅でのサービス調整に苦勞する

\_\_\_\_\_ |
- 4    3    2    1

・認知症で医療処置が必要な人は退院後に受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しい

\_\_\_\_\_ |

H : 入院先の病院との連携における困難感

- 4    3    2    1

・退院カンファレンスにケアマネジャーが呼ばれないまま退院してしまうと在宅でのサービス調整に苦勞する

\_\_\_\_\_ |
- 4    3    2    1

・急に退院が決まると病院から入院中の情報を得るのが大変である

\_\_\_\_\_ |

(4 : 非常に当てはまる 3 : 当てはまる 2 : あまり当てはまらない 1 : 全く当てはまらない)

- |                                   |   |   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|---|---|
|                                   | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・病院の医療職の介護保険制度に対する理解が乏しいと連携が取りにくい |   |   |   |   |
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|   | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・病院が退院後の生活まで考えたケアをしてくれないので、在宅に退院してからの支援が大変である |   |   |   |   |
- |                                     |   |   |   |   |
|-------------------------------------|---|---|---|---|
|                                     | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・病院とケアマネジャーの間に退院支援の方針の相違があると調整に苦労する |   |   |   |   |
- |                  |   |   |   |   |
|------------------|---|---|---|---|
|                  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・病院との間の情報交換に苦労する |   |   |   |   |
- |                          |   |   |   |   |
|--------------------------|---|---|---|---|
|                          | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・病院側の意向で退院先が決まってしまうことがある |   |   |   |   |

I. 認知症の人の在宅生活を支えるための制度に関連した困難感

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
|  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・認知症の人の在宅生活を支援するための介護保険制度のサービス量が不足している |   |   |   |   |
- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
|  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・認知症の人の在宅生活を支援するためのインフォーマルなサービスが不足している |   |   |   |   |
- |                                     |   |   |   |   |
|-------------------------------------|---|---|---|---|
|                                     | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・限度額がいっぱいになってしまい必要なサービスが導入できないことがある |   |   |   |   |
- |                              |   |   |   |   |
|------------------------------|---|---|---|---|
|                              | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・経済的な理由でサービス導入が制限されてしまうことがある |   |   |   |   |
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|   | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・認知症の人は介護度が低く出る傾向があるため必要なサービスが導入できないことがある |   |   |   |   |

J. 地域の連携における困難感

- |                                     |   |   |   |   |
|-------------------------------------|---|---|---|---|
|                                     | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・認知症の人の生活を支援するための地域住民との協力体制づくりに苦労する |   |   |   |   |
- |                                      |   |   |   |   |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
|                                      | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・認知症の人の生活を支援するための多職種連携によるチームづくりに苦労する |   |   |   |   |
- |                           |   |   |   |   |
|---------------------------|---|---|---|---|
|                           | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・困難ケースに対して行政の協力がなかなか得られない |   |   |   |   |
- |                                |   |   |   |   |
|--------------------------------|---|---|---|---|
|                                | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ・消防署や警察署の協力が必要になると連携を取るのが大変である |   |   |   |   |

Q2. お手数でございますが、「認知症の人の在宅支援におけるケアマネジャーの困難感」を軽減するために有効だと思われる対策や取り組みがございましたら、下記にご記入下さい。

お忙しいところご協力いただき、誠にありがとうございました。

## インタビュー内容から抽出された「意味あるまとめり」

サブカテゴリー	意味あるまとめり
認知症の人が受診を拒否するために治療が出来ないことがある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なんだかんだ言いながらも、「私は病気じゃない、何で行くの？」というようなことがあります。「私は病気じゃないから行きません」と、風邪はみかんで治す、傷はオロナインでみたいな。「大丈夫よ」とか言って血圧も測らせて下さらない方はいらっしゃいます。</li> <li>・認知症と思われるんですけど、そこへの受診、専門的な機関への受診に、本人が同意しなくて行けないということはあります。</li> <li>・昨年の10月くらいに介護認定の申請をするのに受診されて、認知症という診断を受けて薬は処方していたんですけど、本人も家族さんも、それ以降受診拒否で薬も飲んでいない…</li> <li>・受診を勧めるご家族が、本人に対して、やはり力のバランスっていうのがあるのか、あまり言うと怒るから言えないとか、連れて行きたいと思っているけど、糸口が…っていうような、そういうこともありますか。だから、ケアマネさんの方からって言われますけど、私たちがハッキリした言い方は難しくして…</li> <li>・受診は拒否されて、本人、今まで健康診断しか受けられたことがなくて、薬は飲んだことがないっていう方で、病院に行くこと自体が、なかったということ…最初の病院、かかりつけ医もない。</li> <li>・やっぱり一番多いのが、認知症の方で、自分が認知症だと思っている方はそんなにいらっしゃらない。その認知症に関するお医者さん、例えば物忘れ外来とかにかかったら、やっぱり本人としては認知症でないと考えているので、「何でこんなところに連れて来たんだ」とか、そういう反発というか、こんなはずじゃないのっていいことはありますね。そこで今度、家族との関係も上手くいかなくなったりして、「何でこんなところに連れて来たんだ」とか、そういうこともありますね。</li> <li>・認知症パスが、今できているので、それを使ったりとか、場合によっては家族にちゃんと診断をつけないとだめなのと、やっぱり受診した方がいいと資料を渡したりして対応をします。対応ができなくなっちゃっていると、逆に悪くしちゃったりするので…</li> </ul>
認知症の人がサービスの利用を拒否するため在宅生活の支援が難しくなることがある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族は行って欲しいんだけど、ご本人は自覚がないからその必要はないだろうって…</li> <li>・えっと、介護サービスの拒否はありますね…</li> <li>・「私は大丈夫」という形で、必要なサービスを拒否されてしまうと、そういうこともあります。</li> <li>・出てきますね。はい。あの、現段階でもおられますね、拒否的なケース。福祉用具だけしか利用されない方っていうのはいますけれど、あの、私たちがいいと思う生活と、ご本人、ご家族がいいと思う生活が、必ずしも一致しないので…</li> <li>・ご本人もサービスには積極的でないので、まだ一回も使ったことがなくて…</li> <li>・なかなか拒否があるから手が出せないっていう家族もみえます。</li> <li>・特にですね、男性の利用者さん、ちょっと拒否があったりするときもありますね。女性は、お話好きなので、そういうふうには何かできるんですけど、ちょっと性格もあるんですけど、そうですね、拒否があるときも、なかなか行かれないときもあったり、そこらへんのところは、結構、別に何か支援がないかとか、ちょっと考えるときもあります。</li> <li>・そうですね、「自分は大丈夫」とって、それこそ、ゴミ屋敷に近い状態なんですけど、「大丈夫、自分でやるから」という方もいらっしゃいます。</li> <li>・ショートに行っても、いつも同じ感じで、帰る気持ちで戻りたいんです…</li> <li>・家族よりもご本人の方が、「私は大丈夫だから」、「俺は大丈夫だから」という形で、ご本人の方が、何というか、拒否的な部分が強いところもあります。</li> <li>・最初の頃は「そうは言っても…」と思って、何回かアプローチさせていただいたんですけど、すればするほど、むしろバリアが固くなっていくのを感じます。</li> <li>・お風呂に何年も入っていない方がいて、ほんとサービスを使ってお風呂に入りたいんですけど、サービスの拒否があるのでできないでいる…認知症であるがゆえにサービスが導入できない。だから、未だに拒否が強くお風呂に何年も入っていない方がいらっしゃる。</li> <li>・ヘルパーさんとかに「帰ってくれ」と叩いちゃうこともある方がいて、そういう方が本当にどうしようかなくてとこです。</li> <li>・認知症だからこそ自分の病気…認知症という病気を理解できない。自分はしっかりしている、あの、どこも悪くないっていう方が…そのような場合は、特にサービスが、受け入れがなかなか難しいので、ディサービスとか「じゃ、利用してみましようか？」っていうときに、「自分はなんともないのに、何でそんなところに行かないかや</li> </ul>

	<p>ならないの？」っていう形で拒否される方はいらっしゃいますね。そういう方は、介入がなかなか難しい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・渋々ショートに入ってくれることになりましたけど、一泊、一泊を月2回だけなんです…</li> <li>・受け入れられない…必要性を感じている方は少ないですよ、認知症の方って…</li> <li>・認知症の方がサービスとか介護を受け入れて下さらないときは、じっくりと待ちます。</li> <li>・妄想で、泥棒が入ってくるとか、そういうがあるので、ヘルパーさんを頼むのもできないんですよ。奥さんとしては、自分がいないときに、ヘルパーさんに来てとか、やってもらいたい気持ちもあるんですよ。でも、いないところに誰かが入ってきたら、絶対、泥棒になっちゃうんですよ。だから、やっぱり、家族がいる時しか支援ができないから、家族の代わりにはならないですね。</li> <li>・ご本人がサービスを受け入れて下さらないこともあります。</li> <li>・認知症の方で、私、一番困っている方は、家に誰も入って欲しくない、家の中が汚れているので誰にも入って欲しくない。で、片付けるのにヘルパーさんが入って一緒に片付けたらどうですか？と言っても、もう一歩も家に入らなくていい方がいらして…</li> <li>・ショートとかデイとか、デイとかも一杯使うのは一つなんですけど、それも、そんなに承知しないっていうか、ご本人は「別に行かなくていいよ」って言っちゃうので…</li> <li>・本当にデイが楽しいとか、楽しいと思わない限りは、そんなに必要ないっていうか、まあ、足腰も丈夫だったりしますからね。リハビリっていったって、「別に」ってありますね。</li> <li>・介護サービスの理解をして下さらないので、受け入れが難しい、サービスに繋がらない。</li> <li>・通所のサービスなんか必要だと思いますが、この方の場合、非常にしっかりされていて、人が家に来ることも嫌、お嫌なので…</li> <li>・どちらかっていうと、認知症が出始めたときの方が受け入れは難しいかなっていうふうに思います。</li> <li>・デイサービスに行く、その送迎バスが来たら、拒否があったりとか、デイサービスのバスに乗って、酷いときはデイサービスの車、ドアが開いた瞬間、外にガーッと駆けて、職員が追いかけて…</li> <li>・本人が認知症と思ってないから、拒否とか、入浴拒否とか…</li> <li>・自分は、ここにいる人たちとは違うんだっていう形で拒否されてしまいます。</li> <li>・認知症の初期状況というか、悪化していくじゃないですか、一番最初の頃って、ご本人も忘れることに対して自分が何かおかしくなってきたりとか、忘れちゃって、自分がどこにいるのか分からないからって、過渡期のときの、その時ってやっぱり不安定ですし、不穏状態にもあるじゃないですか。そういう方がやっぱり、その家族さんはデイを使いたい、何を使いたいっていても拒否がある…</li> <li>・ショートステイは使ったりするんですけど、理解ができなくて、パニックになって暴れるわけではないんですけど、パニック状態になって…</li> <li>・サービスを拒否される方も認知症の利用者さんでいますし、サービスの導入を嫌がるっている利用者さんもいます。</li> <li>・ご本人に病識がないので、介護保険の導入も難しい…</li> <li>・本人が望まないんですよ、まず、サービスを…</li> <li>・ご本人は認知症だっていう病識がないので、デイサービスは行きたくないって言って、全く利用という感じには思っていないじゃないですか。</li> </ul>
<p>認知症の人の事故予防に苦労する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症で寝たきり、胃ろうをしている女性を弟さんが介護していたんですけど、その弟さんも認知症になっちゃって、それで、弟さんがお姉さんの口に物をいれちゃうんですね。</li> <li>・ヘルパーを入れる必要っていうのは、やっぱり定期的な見守りですとか、万が一の事態が起こったときとかに、定期的に誰かが入っていると発見が早くできるという利点あります。</li> <li>・一番大変なのは徘徊だと思うんですけど、ご本人はそれ程自覚がないんですよ、それで、足腰も丈夫ですから外に出ちゃうんですよ。で、散歩して帰ってこられるからいいって、でも実際は、すごく長いんですよ、あの、熱中症になっても危ないですし、あちこち連絡して見つかれば行くとか、そういう感じです。</li> <li>・冷蔵庫から出して何でも食べるとかありましたね。で、その結果下痢になって、やっぱり排泄のほうが大変、後始末が大変で…</li> <li>・一人暮らしは危ないってことを家族さんには説明するんですけど、認知症って分かっているけど、どうしていいか分からないってこともある。</li> <li>・ご主人がアルツハイマー型認知症で、散歩といいますか、海を守りに行くという、以前、海のお仕事をされていた、海軍のお仕事をされていた、毎日、海に確認に行く方がみえるんです。その自宅から海までの、ある程度の道は把握できているんですよ、一緒に散歩させていただいて、何となく道は分かっているんじゃないかっていうの</li> </ul>

	<p>は感じたんですけど、エリアから少し出てしまうと、もう帰れなくなってしまう、道に迷ってしまって、警察の保護をされたことも何度もあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・独居だけに限界はあるんですけども、訪問介護とかをもうちょっと頻回に入れて、昼間は換気をよくしてあげるとか、夏場は食べ物長時間置かないうちに片付けられるようにしてあげましょうとか。</li> <li>・一步、家から出たときに、「あれ、どこがお家？」って分からなくなる。足とかはすごく元気なので、どこまででも歩いて行かれると、すごく心配です。</li> <li>・一人暮らしの方、どこまで分かっていたか、やっぱり、お一人なので、それでも家事もされてるんです、ガスを使ったりとか…</li> <li>・本人、全く覚えておられず、警察官に送ってこられて、ちょっとお話を聞かせて下さいって、お茶をお出しして隣に座って、「この人誰…」みたいな感じで、「今、〇〇から送ってきてもらった警察の方よ」って言ったら、「私、〇〇なんてどこか知らないし、行ったことないわよ」って感じで、まだ72歳の若い方なので、身体が動けなくなるから…</li> <li>・自分自身の、認知症の方が自己管理ができないってことなんだと思います。自分の危険さとか、身体のこととか、いろんなことが、自分のことができないから、周りがその分みてあげなくてははいけなくて…</li> <li>・火の不始末も心配…</li> </ul>
<p>24時間の見守りの環境を整えるのが難しい</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一番大変なのは徘徊でしょうか。夜、老夫婦で住んでおられて、お二人とも認知症がおありで、奥様が目を覚ましたらご主人に「ディサービスに行かなくちゃ」って促すとご主人が出て行く。たまたまご自宅から近い距離のディなので、何事もなく行ける時もあれば、ご近所の方がその声を聞いて止めて下さる場合もある。</li> <li>・認知症の一番の難しさって、常に見守りが必要っていう、何か時間を決めてこれをすれば済むっていう話ではなくなってきました。</li> <li>・徘徊っていうか、本人さんは目的があって外出をされるんですけど、行かれたら行かれたで、帰って来れなくなるとかいう方の場合、家族がずっと24時間見るわけにもいかないし、家族の方は生活もされているので。</li> <li>・家族ですね、家族は本当に、もう四六時中見ているので…</li> <li>・そうですね、見たくて見ておられる方は…出て行ってしまふっていう、24時間中見ているわけではないので、よく言われます。留守ができないって…</li> <li>・何が困ってますかっていいたら、やっぱり徘徊ですね。と、物盗られ妄想だとかですね、後、その幻覚・幻視が見えるっていうので、常に見守りが必要なんですっていうことですね。</li> <li>・サービスに行ってくると落ち着かれる方と、行って来るとまた混乱する方と、さまざまなので、行かれると昼間はいいですけど、やっぱり夜その分興奮が残ってて、そういう部分で、家族は昼間何かをしてるじゃないですか、でも帰って来たときは、本人はまた介護で自分も眠いとかい。疲れているとかいうことに対しての介護って、かなり昼間よりも夜の方が大変じゃないかなと思います。</li> <li>・四六時中目が離せない状態なんですね。それは、その、ご本人に「外に行かないでね」って言っても、行っちゃうし、「水を持って行ってね」って言っても持たないし、そういう大変さですよ。</li> <li>・分かっているのは、月曜日の朝、お友達のお家から送りだされて、市役所に行って、市役所で生活保護の相談をして、とりあえず貯金があったので、「それがなくなったらまた来て下さい」みたいに言われて、その後、自転車で出かけたなられたんですね、一旦はその日の夕方に、職務質問にあつて、その時は受け答えがしっかりしていたので、特に保護されずに帰されたら…その日の朝4時に警察官の姿を見て、自転車をくると返して動き始めたので、ちょっと様子がおかしいなと思って職務質問をしました…と、そうしたら、ご本人のお名前と自転車のお名前が違っていたので、ちょっと警察に来ていただいて、お友達の自転車に乗っておられたので、その経路を辿って行って4時間かかって調べてもらったようです。</li> <li>・徘徊の方、一人でどっか行っちゃったりとか、あるいは、出ようとして、ご家族は出ないようにして玄関をしっかり閉めて、本人が開けられないような状態にしておくで玄関のところで大騒ぎになって大変とかっていうのはありますね。</li> <li>・徘徊をされていて、お一人暮らしの方なので行方不明になったのも分からなかったし、警察に保護されてやっと分かったんですね。</li> <li>・徘徊、昼夜逆転、夜中にリュックを背負って家を出て行くと言っていなくなってしまわれるとか、そういう方の対応が、やっぱり難しいですね。</li> <li>・一番困るのは、出かけていて戻れないのが困りますね。</li> <li>・徘徊ですかね。お二人で暮らしておられるときでも、一人でも、徘徊になったらご自宅での生活は難しいだろうねって考えてしまいます。</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の方で特に困るのは、行動派でいらっしゃる認知症の方…</li> <li>・徘徊は、室内だけの徘徊だったんですが、やっぱり歩き回られたりだとか、もう立って見守りが必要で大変な方がありましたね。</li> <li>・家族様も、もう徘徊して困ってという方、今現在進行中です…</li> <li>・徘徊が酷いと動きやすいため、奥様が休めず倒れちゃったので、精神科に入院して、その後特養になりました。</li> <li>・ずっと見守りをしなくてはいけない…</li> <li>・見ていないと、自宅にいても「帰らなあかん」と出て行ってしまいます。</li> <li>・食欲はあるので、ある物を全部食べてしまうんです。それを、後で食べようねって隠すと、隠したことは覚えて、家族さんが寝た後に探して食べてしまうんです。</li> <li>・ご本人も当然困っているから、いろんな行動に出てしまいます。</li> </ul>
<p>認知症の人の思いを汲み取ることが難しい</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の意向が分かりにくい…</li> <li>・認知症の方の意思とか思いとか、なかなか分かりづらいこともありますね。</li> <li>・認知症の方の気持ちが分からないから、皆で「どうしてだろうね？」って右往左往するってことなんでしょうね。</li> <li>・おっしゃることがコロコロ変わってしまったりとかってところで、本音の部分も、何か聞き取れてあげられないのかなってところですね。</li> <li>・本人の希望をどう汲み取ってかかってことを、本当にできていないところかなって思います。</li> <li>・人生で、私に関わる時間というのは、本当に終焉に近い時なので、そこに至る経緯、長い時間中で、どういうふうにその親子が関わってきたかで、私の関わるポイントの関係性が違うと思うんですけど、「どんなお母さんでしたか？お父さんでしたか？」っていうのは必ず聞いて関わるようにはしてますね。</li> <li>・認知症の症状、もう重度になってきている方だと、その方の本当に思っているところとか、ニーズ的なところが、上手くやっぱり把握できない、本人さんの思いとかいうところが…</li> <li>・ご本人の意思とか、希望とかっていうところ、実際なかなか聞き取れていない部分が結構大きいので、そのあたりもうちょっと汲み取ってあげられるように、自分のスキルとかいうか、上げていけなくちゃならないんだろうなと思いますし、言葉だけじゃないところで理解してあげられるようになっていければいいかなって思っています。</li> <li>・一人で過ごしているのは心配だからって、サービスを沢山っていうところの、もうちょっと関わりとかも、家族さんが一緒についていうことではないですけど、言っていたかかないと、なかなか決められないことって沢山あるので、それは特に難しいなっていう、ご本人さん、自己決定ができないじゃないですか…</li> <li>・認知症の人の意思とか思いとか、なかなか分からないことがあります。それで、サービス利用も難しくなっちゃうことも出てきます。</li> </ul>
<p>認知症で医療処置のある人の在宅生活の支援に苦勞する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・徘徊とかは、力だけではどうしてもダメなので、点滴治療するために、どうしても強い薬を出さざるを得なかったんですね。</li> <li>・認知症がある方で、インスリンを打っている方は過去いましたね。いたのはいたんですけど、その時は家族がいらっちゃったので、家族が管理をされてましたけど、それが一人暮らしとかになった時は、まだ自己注射ができるならいいけど、自己注射ができないだった場合は、管理ができないとなってきた時に、自宅が本当は生活の場なんですけど、自宅じゃない、その、認知症の管理までできる、そういう老人ホームとかにですね、生活の場所が変わるのかなとは思っています。</li> <li>・例えば、人工肛門をされている方とかもありますし、インスリンの方もおられます。一人暮らしだと、やっぱり、サービスの導入が必要だと思います。</li> <li>・認知症で身体的疾患があって医療ニーズが高い方は増えてますね。</li> <li>・脱水から尿路感染になって、長くはないんですけど、入院を繰り返して体調管理が難しい方はいらっしゃいます…</li> </ul>
<p>認知症の人の在宅生活調整のために訪問回数が多くなってしまう</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・熱中症が心配で、仕事の合間に、本当に温度計を持って訪問して、実際に日中の部屋の温度が何度になっているかというのを頻繁に見たり、そういうのはしたんですけど…</li> <li>・実際、心配な部分をケアマネが動いています。</li> <li>・症状がころころ変わったり、おっしゃることが変わるので、どうしても訪問回数は多くなってきますね。</li> <li>・ケアマネとの関係っていうのも、初めてでしたので、こちらもなかなか、慣れない初めての部分で、どちらも、ちょっと行き違いがあつたりした場合に、ちょっと言われたりとかはしたんですけど、頻回に連絡を取るようになったりして、協力をさせていただけるようになって、例えばなんですけども、私の携帯の方へ本人さんからね、</li> </ul>

	<p>朝ごはんがないもので、パンを買ってきて欲しいとかって、そういう電話があった場合ね、娘さんの方に、こういう電話があったんですって、電話をしてたら、ほっといて下さいとか、そういう電話があると、切るわけにもいかんし、どうしたものかなっていうような部分も…</p>
<p>一人暮らしの認知症の人の生活実態を把握するのに時間がかかる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の方は家族さんが、しっかりして下されば、支援というのはできるんですけど、もし、息子さんとお二人暮らしであるとか、認知症の方がお一人で生活してみえると、支援して下さる方が難しいと、なかなか、中の実態、その人の生活の実態が見えてこなくて、本当に何をされているのか、本人さんに聞くと、「ごはんはちゃんと作ってます」とか、そう言われるんですけども、でも、実際のところ、本当にどうなのかな…という部分で把握がなかなか難しい。</li> <li>・本人様も認知症がありますのでね、何聞いても、分からない部分があって、息子さんに、アセスメントする上で尋ねるんですけど、関わってないってということで、生活実態を把握するのが大変です。</li> <li>・息子さん、別棟に住んでいるので、息子さんの方も、あんまり関わってないというか、お夕飯だけはお弁当買ってきて渡すんですけど、朝と昼、何を食べているか、息子さんも知らないんです。</li> <li>・ご本人は恥ずかしいから他人に入って欲しくないと言われるのですが、ゴミ屋敷なんですね。お家の周りにはゴミは一杯なんだけど、不用品の自転車が置いてあったりとかはしてるんですが、よくテレビでやっているゴミが積んであったりとかいうお家ではないんですが、玄関を開けた時にゴミの臭いがしたりとかってというのは、この暑い時期なので、何とかしないといけないと思ったのですが中に入れなくて生活の様子が分からない…</li> <li>・認知症が酷くなくても、普段ご家族の方がその様子を見ていないので、こちらが、もう一人暮らしが限界じゃないかとお伝えしても、いまいち分かってもらえない。</li> </ul>
<p>一人暮らしの認知症の人の服薬管理が難しい</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・やはり薬が全然飲めないものですから、薬の管理がまずできない。</li> <li>・薬の管理が難しくなっている方はみえますね。飲んだか飲まないか忘れてしまったり、飲む気はあっても忘れてしまう。どこで区切りをつけて服薬管理をするかっていうのは、すごく悩むところがあるんですけど…</li> <li>・困っていることは、まずは薬ですよ…</li> <li>・他人の力を借りないと、服薬自体の意味も分からないと思います。</li> <li>・服薬情報に関しては専門外ですし、自分でもよく理解できないので…</li> <li>・居宅療養管理サービスで薬剤師の方に入ってもらって、ヘルパーに毎日入ってもらって、なおかつ薬も処方された薬を薬局で一包装して、一日一回にってもらって、ヘルパーを導入して飲んでいただくようにしています。そうじゃないと飲めない…</li> <li>・認知症が中程度になって、独居って方は、一日一回はサービスを盛り込んで、あの、服薬の声かけとか、カレンダーとか入れて、誰でも見やすいように、デイの方でも送迎の方でも、業務外のことで非常に申し訳ないんですが、お断りして、服薬カレンダーを、ちょっとチェックいれてもらえるところから、大規模なところは、なかなかしてくれないんですが、小規模なところは快く下さるので、もう、デイの送り迎えの時に服薬管理してもらったり…</li> <li>・お一人暮らしのために薬の管理ができないというので、じゃちょっと無理ですねということで、その時はお薬が出なくて、私が関わり始めてから、デイに来ていただいた時に飲んでいただくことならできますよということで、まず来られてから一錠、帰る前に一錠、一日二錠は飲んでいただくことができますよということで引き受けをして、来られた時だけですということ、日曜日は届けるようなことはしないんですが、来られた時に飲んでいただくようになって…</li> <li>・今担当している方で、主治医の先生は、認知も進んでいるからって薬出されて。でも、服薬管理ができないってことになったので、じゃ、サービスを使ってるお昼間に一回で飲めるように、調整しますっていう形でさせてもらって、先生にはお願いしましたが、お薬は取りには行けないじゃないですか、家族さんとかじゃないと、まあヘルパーさんもありますけど、やっぱり、そこから、もう経ち切れちゃって、継続できないっていう方もあります。</li> <li>・飲み忘れる、服薬の管理が、やっぱり認知症で独居という人も中にはいるので、家族さんが服薬管理をきちっとしてもらえるんだけど、全然飲んでない。自分で勝手に袋から出してきて飲んでるとか、重複することもあるし、全然飲んでなかったりとか、その管理が難しいです。</li> <li>・薬は飲まない人は飲まないですよ。管理できない人はいましたね。</li> <li>・薬の管理ができない方いました2人。で、訪看さん使ったりとか、ご家族にお願いしたりとか…</li> </ul>
<p>一人暮らしの認知症の人の食事管理が難しい</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一人暮らしで認知症の方の場合、ヘルパーさんが行ったりするお家が多いですけど、自分で買い物も行けるので、行くけれども、同じものが冷蔵庫に入っていると、で、当然傷んでいきますよね、それを処分するのはヘルパーさんだったりでね…</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本当にごはんが食べられてないんじゃないかということ、まあ、本人は、電磁調理器なんかを使って、おかゆを炊いたりしとるよって言われるんですけども、果たして、それが本当にできてるのか。ヘルパーさんに入っていた時に、様子とか聞かせていただくんですけど、まあ、電磁調理器で作ってる時もあるけれども、仏さんに供えてあるお菓子を食べたりとか、パンとかを食べたり、ごはんを作れて、ちゃんと食べてないじゃないということと、やっぱり、お昼と夕方とか、二食しかたぶん…ってというような、お食事に関しての心配の部分があります。</li> <li>・ディでお昼はしっかり食べていただいているんですね、「朝はどうしてる？」って言ったら、送迎の者に「今、起きたばかりだから何も食べてないよ」と、「夜はどうしてるの？」と聞くと、台所に火を使う様子はないし、冷蔵庫の中に「これいつの物？」って、平成？昭和？じゃない西暦の何か数字の出ているものが入っていて、「いつだろうね？とりあえず処分しようね」って言って、本人のいないところで処分をさせていただいているんですけど、夕飯はもうスーパーに行つて惣菜を買つてきて、アルコールの好きな方なので、アルコールとつまみ程度で、いわゆる主食系のものは摂っていらっしやらない、飲むほうは欠かさないんだけど、おかずがなければなしで…みたいな感じで、確実に食べているのがお昼の一食かなっていう…</li> </ul>
<p>家族の精神的なストレスを軽減するのが難しい</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老老介護の場合、悲惨で、退院してこられても、逆に入院している方がご家族にとっては、とても助かるんですけど、それでも退院せざるを得なくて、退院してきても本当に悲惨な状態で…</li> <li>・トイレ誘導にしても指示が入らない、拒否がある、「何で行くの？」とか「したくないもん」とかいうことで、もうパット内に出ているとかありますし…</li> <li>・家族様が一番困られるのは、排泄面のことですかね、私の利用者さんの場合。あの、やっぱり、ポータブルにしても、あの、パンツ、リハビリパンツにしても、例えば、ポータブルの前後ろが分からなくなったり、リハビリパンツを着替えるのも、どっちが前か分からなくなつてとか、後は、脱いで履くのは、気持ち悪いから脱ぐけれども、履こうとしない、忘れてるとか、そうですね、後は、尿意をもよおして、トイレに行くんだけど、その途中で、もう、脱ぎながら排泄されるので、廊下がべたべたになつたりとかいうご家庭がありますね。だから、家族さんは、廊下に、もう一杯敷き詰めている…</li> <li>・やっぱり、自分でしなくちゃいけないと思つてみえる方も、だから、そういう時は、やっぱり、それこそ介護保険があるんだから、体調的にも休んでいただくよつていう形で、いろんな、提供つていうか、使つてもらふのは別として、こういうのがありますつていうのは、提案はさせていただいてるんですけど。</li> <li>・やっぱり、だんだん、年々、酷くなつて、自宅では無理…やっぱり無理。治療が必要で入院して、その薬の治療だとか、そういう部分で、その専門の病院に入院して、そのまま、入院したまま、もう自宅に復帰はなかつたという方は、まあ、二例ぐらいはあるんですけど…</li> <li>・大変なのは、ご家族のストレスも併せて、どうフォローしていくのかつていうあたりですかね。</li> <li>・透析の方で、認知症になつちやつたんですよ、すごく大変なんです、ご家族が大変で、主治医の先生に入院とか相談したりとか、市役所に私も相談して、結局はやっぱり、まだ頑張っているんですね…</li> <li>・介護負担が強いときは、ショートで繋いだりとかして、なるべく負担を減らすよつてはしていますが…</li> <li>・家族の方の介護負担、かなり大きくて、後、やっぱり家族の方も不安が強いのかつてところが…やっぱり感じてまして、この先どうなつちやうんだろうかとか、なんていうんですかね、認知症の進行に関して、かなり苦労されている部分があるのかつて思います…</li> <li>・一生懸命で手の抜き方が分からない方はいらっしやいますかね。</li> <li>・そこは家族の気持ち、もう情けないですけど、家族の気持ちでフォローしていただくつていうのが現状でしょうし、そこがギブアップすれば、もう施設に繋ぐしかないのかつていうふうには思っています。</li> <li>・徘徊感知器等は手配しますけど、もう常に誰かいないといけない状況になつてくるので、家族さんの負担を減らしてあげることは難しくつて…</li> <li>・認知症の一番困るのは、やっぱり、ご家族が相当疲れ果ててしまうことがありますよね…</li> <li>・一生懸命に、あまりにも神経質になりすぎてしまうので、自ら潰れてしまうご家族もいらっしやいます。</li> <li>・倒れるまではいかないですけど、今、在宅で看取るつていうことが結構増えてきまして、そういう方も増えてこられたので、全く皆さん初めてのことで、恐怖つていうのかな、在宅で看取るつていうこと不安感とか、主治医とか私とかも入つてるんですけど、やはり、毎日毎日が不安で、だんだん衰えていく親を見て精神的なパニックになられたりとかはされています。で、亡くなられた後、ぽっかり大きな穴が開いてしまう、虚脱状態になられたりとか…</li> <li>・家族の介護負担が強くなることは、あります、あります。一杯あります。</li> </ul>

- ・家族が大変って感じですね…
- ・認知症の人は家族がいるからこそ生活できているんだけど、その家族の負担は大きいですね…
- ・ずっと一緒にいると、生活していらっしやると、いちいち行動が気になっちゃうので、との都度ストレスを感じられるところが一番大変かなって思います。
- ・介護と仕事の両立が大変で、ご主人は介護のために仕事を辞めてしまいましたね…
- ・認知症の方で、徐々にもう進行はされていて、例えば、本人さんと娘さんにしろ息子さんにしろ、まあ、お嫁さんにしろ、本人と介護者が一人でってことで、二人暮らしのところとかになってくると、時々屋間に誰か来られとって、認知症の方が、そのご兄弟とか来られとってお話する中では、もっともらしくお話はされるんです。認知症の方っていうのは、昔のことっていうのはすごく生き活きと話されて、相手のこられた人も、お父さんにしろお母さんにしろ、「しっかりしてはるね」とか言い出すと、自分が大変だ、大変だ、大変だって言うて人は、言ったのが嘘みたいに聞こえてしまっ…
- ・虐待にならなければいいけれどという心配がなくはないですね。やっぱり、男の方の介護者さんて、すごく一生懸命になさる方がいらっしやって、男の方って弱音を吐いたりしないこともあって、もう少しサービスを使ってもいいのって思っても、「や、わしがする」って…
- ・熱心な家族の方はいるんですけど、本当に家族さんとしては、子どもなら怒ったら直るけど、怒ったら傷つけるから言えないし、難しい。
- ・よく行政とかが、ご家族様とかの介護教室とか、そういう認知症とか、そういうのに参加させるといいと言われるんですけど、そこに行かれるのはよっぽどいいですよ。大体、そこに提案して、こういうの、まあ来られて、さあっていうんだけど、なかなか、「ああ、こんなんだ…」っていうぐらいですね。後は、確かに家族会とかって、なかなか、そこらへんに入っている人とかは、家族会でお話されて、お互いにディスカッションされるっていうのは、もうよっぽど、何だかがこう、自分自身を、気持ちをそういう風に変えることができた人みたいな感じで…
- ・認知症の方は、その一番、まあ困っているっていうのは、もうご家族様もそういうところで、やっぱストレスになっちゃうし、やっぱストレスにならないため…表情が出るので、例えば、ストレスになる、その家族の言葉が、本人の認知症を、ちょっとその、憎悪させているっていう、ひとつの、そういう精神的にワートと言われるんですよね。
- ・心療内科の心のケアとかって、私たちとは、また別に、その介護している方の、心のケアはって…そういうのが必要…
- ・家族会っていうのは、やっぱ平日とかにあるんですけど、家族側とか行政とかさえ、まあ普通に民間でも…民間では、介護教室っていうのは、普通に日中にしたりとか、土曜日にするとか、いうことをしてあるところもあるんですけど、なかなかですね、介護教室ゆうんが、無料で参加することができるんですけど、難しいですね。一例の方は、その人はですね、一応、私も行政の方の認知症サポーターとかで、いろんな部分での精神的ケアとかで、話を聞くことで、ちょっと若干アドバイスできればっていうことで、直接専門の方に、ちょっと私も依頼したりとか、自分自身で説明じゃなくてですね、そういう提案をしていただくとか思うんですけど、でも最終的には、昼間に行ってもらうことはなかなか難しいなあと思います…
- ・家族会を勧めても、「そこに行っても、何の意味があるんだろう」というような回答があったりします。
- ・お家での徘徊というか、家の周りを、お家から外へ行かれないもんでいいんですけど、見回りって言って、家の周りを一日何回もグルグル回られて、朝から晩まで、デイも行ってみえるんですけど、夜も、もう、10時くらいとかに、もう鍵が掛かっているとか、田舎なんでもんで、納屋とか何か、一杯建物あるじゃないですか、そこに鍵が掛かっていますよね、で、ちゃんと掛けてあるんですけど、そこを全部、ガチャガチャガチャガチャってして回られる。でも、それが、一時間くらいかかると、センサーライトが点くので、あれっと思うと、「あ、お母さんが回ってるんや」というのが、もう、毎日っていうところで、家族さんが、すっごい負担になってみえるので…
- ・家族会や認知症講座などに行っていただけるといいんですけど、行くまでが難しい…
- ・「蜂が襲ってくる」とか妄想が酷くなると家族のストレスが大きい…
- ・不安を相当大きく持っていたらっしやるのかなっていう印象があって、とういうものをどうやって取り除いていくのかかっているところが、非常に大きいですね。
- ・お家の中にも自分の部屋が分からないので、お子さんたちの部屋に入っていったりすることがありますし…
- ・物盗られ妄想があり、誰かが私の部屋に来てコートを持っていったとか、そういうことを言われて…
- ・部屋から、いつも話し声が聞こえてくるとか、誰かとしゃべっていて、後で聞くと、お客さんが来てたんだとい

	<p>うようなことも、いつも言われると…</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の方に「何か困っていることありますか？」って聞くと、「ないです」って方、多いですね。でもご家族はすごく大変ですね。</li> <li>・認知症の方は、本当にすぐ忘れてしまわれる方が多くて、何回説明しても、結局、受け止めていただけてないというのが一番で。もうちょっと何とかしてあげたい、して欲しいというのが相手に伝わらないというのがなかなか難しいですね…</li> <li>・介護にとっても苦勞しているから、サービスをいっぱい使うんだけど、グループホームに入所だったり、特養に入所だったり、順番がきてても離れられない関係になっちゃってる気がします。例えば、介護に一生懸命になって、とっつてもしんどいだろうに、施設に入れるってことに抵抗があるっていうのか、申し訳なさそうで「限界がきてるんじゃないですか？」って周りは思うんですけど、「もう少しできる」って頑張ってる方はいらっしやるかな…</li> </ul>
<p>家族の認知症に対する理解が乏しいと支援が難しくなる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の理解が難しい場合には、第三者の立会いを求めておくことで、先々のトラブルであつたりとか、何か言われたときのこちらの身を守るっていうこともあつたりとか…</li> <li>・家族が、まだ一人で医者に行くから、まだ一人で何とかできるからって言って…</li> <li>・家族様が認知症の程度というのが把握しにくい疾病じゃないですか。ですから、物忘れ程度なのか本当の認知症の病的なところなのかっていう見極めが難しい…</li> <li>・家族が認知症のことを理解できなくて、何度も同じようなことを言うから腹が立つとか…</li> <li>・奥さんに、いくら認知症というのはこういう状況で、まあ、怒りやすくなったり、日によってはこうだったりという、まあ、大まかな説明をさせていただいても、その時は「ふんふん」って分かっていたような感じなんですけど、実際、あのもう、「いつもこんなんで困ってやんだわ」とか、怒ってばかりいるから、喧嘩になるんや、とか、どうしても理解が、家族さんが高齢によって、なかなか理解とか難しい方がいるので。認知症に関する情報っていうのは、恐らく、私とか新聞とか、なかなか情報を得る機会が少ない。そういう方に、私から説明はしても、理解はしていただけないなどは…まあ、年相応の物忘れもありますし、奥さんの方も、なかなか、その、高齢世帯になると、介護の方も、奥さんの方が認識が低くなって難しいなどという感じがしますね。</li> <li>・本人様のためには、これ以上、酷くならないようにって、提案するんですけども、「いや、もういいです、今の方が、素直でいいです」っていう感じで言われるご家庭もあります。服薬等、受診に対して消極的であるというか、それと、もっと酷くなってきたら、もう、恐らく家にいても、施設にいても、分からなくなるから、そちらの方も本当は望んでいるんですけどっていう家族さんもあります。</li> <li>・認知症になると、もう介護放棄でもないんですけど、進むと、やっぱりね、もう家ではみれないという感じで言われる家族さんが、やっぱり多いですね。たぶん何かこう、家族さんからみとって、気になることとか、何か本人さんがされても、なかなかそれを受け入れるというのが難しいみたいで、すぐに頭ごなしに怒るとか、もう、家族も本当に何ていいますかね、精神的に不安定になるっていう感じで、それをこう、なだめるというか、中に入っつてね…</li> <li>・家族の方も認知症で、本人も認知症で、2人で認知症なんですけど、その認知症の理解ができなくて、「ごはん食べちゃダメ」っていうのに食べちゃったりとかして、発熱して、入院になったこともあります。腎臓だからなんかの病気の時に、食べさせちゃいけないって時にご主人がどんどん食べさせちゃって…</li> <li>・本人ができるのに家族が支援をしてしまつて、できることもできなくなってしまうことがありますね。</li> <li>・症状が悪化してしまつて、家族の理解が追いつかないことがあります。</li> <li>・認知症だから何もできない、できるのに家族はできないと思っているから、施設に入れたほうが良いと言うこともあります。</li> <li>・家族の理解は、なかなか難しい…</li> <li>・認知症の家族が、認知症で病気なんだよっていうことが理解して受け止められるかというところですかね。なかなかわかつていても…</li> <li>・食べ物と台所の薬品類を分けませんかという話をしても、「そんなケースってあるんですか？」っていうふうに戻されちゃうと、こちらのアドバイスを全く聞いてもらえないような状況なので、その方の場合は困難事例として地域包括に上げました。</li> <li>・ご家族の方と私たちの感じている認知のレベルというか、そういうのが違つてくると、その間をどうするかっていうのが大変だと思います。</li> <li>・家族の方が認知症のことを理解できないってこともできますね。</li> <li>・やっぱり在宅で生活していくためには家族が欠かせないので、そちらの支援が大変。家族の交流会をやっていた</li> </ul>

りするんですけど、なかなか参加する方が多くないので、家族が受け入れることが難しい。

- ・熱心なお家と熱心でないお家の差は激しいですね。
- ・家族の理解が難しい…
- ・認知症に対しての理解ってものが、家族が全く理解してないところを、どういうふうに話を進めていくか。理解のない方ほど、ストレスも大きく抱えていらっしゃるケースが多いかと思えますので。
- ・お一人暮らしで、一番近い親戚が従兄弟さんなんですね、で、そういう方の支援をどのようにしていったらいいのか…
- ・家族の認知症に対する理解が少ないので、やっちゃいけないこともやったり…
- ・家族が認知症と思っていないとか、認知症に対する理解が少ないとか…
- ・家族の認知症に対する理解が得られないときは、病院の方に勧めるんですけど、その、言われたからといって、それがすぐに対応できるわけでもなく…
- ・怒ってはいけないとか、否定してはいけないって、分かっているけど、つい、その行動に対してボンと言ったり、不穏が出たりっていう部分でですね。分かっているけど、やっぱり言わんとちょっとというのがあります。
- ・今はいい薬がありますよね、服薬にしても、貼り薬にしても、そういうのもありますので、専門医に行っていたら、内科の先生よりも、精神科の先生に診ていただいたらどうですかと言わせてもらうんですけど、「いや、もう今さら」っていうのもあるし、なんでもかんでも抵抗する、その時点に戻ってもらっては困るんだと言われるんです。かえって、今の方でいいんですと、だから、もう、このままでいいですっていう家族さんもみえます。確かに、中途半端に戻ると、何もかも拒否する時期って、確かにあったもので、「ああ、そうですか」っていうように言わせてもらうんですけど…
- ・はじめは、やっぱり混乱されて認知症のことが分からない家族が多い。
- ・いちいち何かある度に、怒って泣いて、もう悲しくなってしまう感じで、病気の症状として捉えないといけないうんだけど、そこがやっぱり、以前はこんなことができない夫じゃなかったというのもあって、なかなか、そこらへんの理解が、認識が難しいと感じます。
- ・お風呂もそうなんですけど、この何ヶ月か入ってない。だから家族さんも、調理を一緒にして、ご飯が作れるようにというのを、まるっきしの認知ではないものですから、そういうふうにしてはいるんですけど、やはり、それに持っていくまでに、環境が整ってないというか、気が付かない。で、流し台に米を流されるもんで、詰まってる、水が溜まったりしたりして、なかなか、調理へ持っていく部分がありまして、でも、家族さんにはいくら話しても、理解してもらえない。
- ・家族さんも、そういえば最近洗濯ができないようになったな、とかっていう感じで、そんなに、何とかしなくてはいけないうところまでは、まだ。何か、夕飯を買ってきて食べてるから、まあ、夕飯食べてるからいいんじゃないかなっていう気持ちがあるのかなと思うんですけど。
- ・家族さんの理解がなく協力のない場合は困ってしまいます。
- ・そうですね、認めていられないところもあります。認知症が酷くなって、集団行動ができないので、落ち着かれるのは、認知症の対応のサービスっていう部分で、そっちの対応がいいんじゃないですかって言ったから、「え…自宅では、そんなに困ってないのに」って言われてですね。でも一杯の支援はしてあるんですよ、一杯支援はしてあるけども、困ってないので、そんなに認知症…まあ、物忘れとか、そういうのはあるけれど、まあ、そんなに困ってないのでって言われても、大きなところのサービスで、集団的に順応できなくて、その、大きな声が出たり、ソワソワしたりだとか、いろんな症状が出ているんですけどね…その度に、ちょっと、個別に対応してもらってる部分ではあるけれども、そういう話をしても、家族は納得されない。
- ・家族の方が理解が難しくサービスが入れないことがあります。
- ・受診自体を消極的にられる家族さんはみえますね。
- ・家族が受診させていません。
- ・家族の病気の納得が得られたらご提案させていただくサービスもスムーズに行けるんですけど、やっぱり、ご家族の理解が得られたらですね…
- ・火災の危険であったり、夏場の熱中症とか食中毒とか、いろんな心配をしても、それを全く受け付けていただけない家族中にはいます。
- ・認知症の理解ができなくてサービスの利用に消極的になってしまうことがあります。
- ・初対面の時から非常に攻撃的な感じでご挨拶された息子さんだったので、私から何か提案することに対して、最初からバリアを張っていらっしゃる。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族が認知症のことを理解できなくて、サービス利用に消極的になってしまうことがあります。</li> <li>・家族がサービス利用に消極的になってしまうこともあります。難しいですね。</li> <li>・認知症という薬も出ますよね、ただ、疑心暗鬼じゃないですけど、こう、薬によって違う症状が出ると、この薬はダメなんだってご家族が自分の解釈でされると、私たちとしては支援に当たって、先生も診断があるじゃないですか、だから、そこがちょっと難しいかな…</li> <li>・薬も続けたほうが、やっぱり認知症あるのですね、止めてしまわずに、ある程度飲まないと分からないじゃないですか、そこで、自己判断で中止をされると、なかなかちょっと難しいかなとか思って、やっぱり、家族さんの協力がないと、なかなかね…</li> <li>・よく支援する時には、家族の方が特に精神的にストレスにならないために、十分に理解していただく。でも、そこらへんの、十分理解していただくっていうのは、なかなか難しいですよ…</li> </ul>
<p>家族が認知症の人のことを認知症であると認められないと支援が難しくなる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症なんだけど家族の方は認めたくない…</li> <li>・認知症って気づかないで、それは昔からって思われている。</li> <li>・うちのお父さんはまだ認知症じゃないからって…</li> <li>・認めたくないという気持ちが根底にはあると思うんです。</li> <li>・認知症であることは分かっているんだけど、時々、以前の状態に変わったりすると「やっぱり認知症じゃないんだ」って…</li> <li>・どうしてこういうことになっているのか、病気だからこういうことをするのか、葛藤されているとは思いますが。特に、実の娘さん、息子さんだったら、「こんなはずじゃなかった」とか「お母さんはこんな人じゃなかった」っていうのがあると思うんです。そこらへんが受け入れられないというのがあるかな…</li> <li>・本人のことを認知症であると認められない家族は支援が大変です…</li> <li>・関係が近いから余計難しいんでしょうね。他人じゃないから難しいんだなと思います。</li> <li>・家族の捉え方が、なかなか分かっているようでなかなか難しくて。受け止めるのが、まだまだ時間がかかる。でも、そのうち進行はどんどんしていく状況で、認知の部分の方がもう崩れかかっている…</li> <li>・介護負担は放棄しているような気がしますね。それは、昔からそういう性格だから認知症じゃないだろう、本人がいっぴりだからいっぴりじゃないかという方もみえますね。</li> <li>・本人さんに困るというより、家族の方が、なかなか認知症を理解できない。理解というか、やっぱり自分の親だと「しっかりしてよ」っていうところがあるので…</li> <li>・家族が認知症だと認められないので、例えば市なんかでやっている研修制度にも参加されませんし、まず受け入れない。そういう人が一番困る…</li> <li>・家族がまず、本人を認知症だと理解してない、認知症というものを理解してなくて、自分の親がそうなっているというのを受け入れない。言えば直るっていう、言って聞かせるっていう、そういう姿勢があるので、そういう方たちの受け入れをどうやってやっていくのかなって、納得させるのをどうやって教えるのかなって…</li> <li>・認知症の人でも車に乗っていますので、「うちのお父さんはまだしっかりしてる」って思ってしまう。</li> <li>・認知症になっても、家族は「昔からそうだから」と気づかれないこともあります。</li> <li>・まあよく口にされるのは、「まさか自分の、妻や夫や、また母や父が、こんなになるとは思わなかった」っていう感じで、そこを受け入れることから、やっぱり必要なんでしょうね…</li> <li>・家の中が散らかっていても、「それは昔から片付けられない性格だから」っていう感じで終わっちゃう方もいます。ヘルパーさん1回入ってもらっても、「甘やかしたら、ますますできなくなるからいらない」という方もいます。</li> <li>・実際、自分の親が認知症になると、受け入れないんですよね。認めてるようで認めてないようなところもあって…</li> <li>・もう明かに認知症なので、もうこの方にとってのサービスは、それなりの普通のサービスよりは、認知症専門のところに行った方が、状態がもしかすると落ち着くかもしれないし、よくみてもらったりとか、家族のそういうアドバイスとかも、そういうところの方がしてもらえるかと思ってこちらは紹介するんですけども、嫌な顔される。認知症じゃないっていうような…</li> <li>・奥様が認知症だったんだけど、ご主人が奥様の普段の様子がなかなか分からなくて、ご主人、現役でお仕事されていて、奥様がちょっとおかしいよっていうのは、周りは気がついていただけ。というのがあって、ご近所の方からお話していいものだろうか、というご助言を受けたことがあります。お知らせしなければ分からない、「何か変だけど年とったんだね」って思っていたら、治療もされていないはずだからということで、ちょっとご主人に来ていただいて、ご様子をお話したことはあります。</li> <li>・いざ目の前の肉親がそうになると、「これは違うよね」みたいな、「認知症じゃないでしょ」と思いたいのがあるよ</li> </ul>

	<p>うです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診断で認知症と出ても、受け入れるのは難しいようですね。</li> <li>・認めたくないっていうのは、もうちょっと若い息子さんとかであれば、息子さん娘さん、実の娘さんとかであれば、その年代としては、いろいろな情報源の中で「あ、もう認知症の進行が」っていうのがあるけど、やっぱりそのへんでジレンマとか、何で自分はこんな目に合うんだろう…「母とか父とかしっかりしていたのに」っていうのが認知症イコールに繋がらない時、実際やっぱり自分の身内になると、反対に客観的に、そのお嫁さんとか他人の方が、若干認知症とはっていうのは、ちょっとゆとりを持って、できるのはあるんですけど。そこらへんの受け止め方っていうのは、きれいごとじゃないような感じがします。特に、息子さんとかは、女性よりも、もっと息子さんの方が、その父にしろ母にしろ、母とは愛情を持って、父だったら仕事一筋に、昔の人たちはこられているので。そして、まあいろんな部分で、何か、崩れてしまうみたいなの…これが認知症なんだっていうんだけど、うまく受け入れられない…</li> <li>・十分理解していただくっていうのはですね、なかなか難しいですよ。特に、利用者さんの連れ合いとかになると、「性格やったもんね」とか、「もう頑固やったもんね」とか、あの、やっぱり連れ合いなんで、後、高齢者でしょ。私たちは、今、いろんな部分で、本とか雑誌とかテレビとかで認知症とか、いろんな部分で情報は一杯入ってくるんですけど、やっぱりもう、今の介護保険の持っている方たちの連れ合いの方たちは、女性にしろ男性にしろ、80代とか90代とかになった場合、なかなかそれは情報として分かっているけど、なんかこう、今ひとつ、その「性格やった」とか昔からのその、何ていうんだろ…夫婦でのやり方の延長戦みたいな形で、頑固になるとか、元々出て行くのが好きやったとかっておっしゃるし、「出て行って必ず昼には帰ってきよったけん、待っとくたい」って…</li> <li>・確かに物忘れは酷くなっていくし、料理のおかずも以前ほど手の込んだものは作らなくなったという程度には感じておられたんですけど、ご近所の方がちゃんとプリントにして書いて下さって…こんなことがありましたよって、書いて下さって、それをご主人にお見せして。この近所の方も迷惑だからこういうことを書いているのではなくて、これを繰り返していて本人のためになるのかと、すごく心配しておられて、そして私も相談を受けたのでお話をさせていただきますということで、それこそ、自分でできないと、ご近所に行ってドアチャイムを鳴らして、「何とかができません…」、「何とかができません…」って、ご近所の方が一緒にお家に帰ってというのが結構あったりして。そこまでいくと、かなり進みますよねって周りは思うんですが、ご家族はちょっと認めていただけなくて…</li> <li>・実際的には、まあ、身内だからこそ、余計に腹が立つ。娘とか息子とか、最初はそれを否定しますね、本人が言うこと、言ったことを覚えてないとか、「食べたでしょう」とか、「いや、言ったじゃない」とか「言っていない」とか。第三者…そのお嫁さんとか、まあ別の立場から見ると、ちょっと引いて少しは見れるんだけど、近ければ近いほど、やっぱり否定をしてしまうっていうところでは、認めるまでの、その本人さんへの対応が変われば、本人さんも落ち着くんですけど、そこに行くまでが、かなり難しいです。</li> <li>・「年のせいだからこんなんです」とか言われたり、年齢的なものなのか認知症なのか、境目が家族さんも分からないですよ。そうすると、サービスをあまり入れないでケアをして家族が大変になっちゃう。その間に進行してしまうこともあり得ますね。</li> <li>・よく口にされるのは、「まさか自分の、その妻や夫や、また母や父が、こんなになるとは思わなかった」という感じで、そこらへんの受け入れがなかなか難しいですね。</li> </ul>
<p>家族の認知症の理解を促すのに時間がかかる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・やはり認知症の方は、認知症がない方と比較して、在宅での支援、介護サービスだけでは負えないところが沢山ございますので、そういう意味では、家族の方にこちらを向いてもらうとか、興味のなかったことに、なぜ必要なのかっていうのを、まあ、回数重ねてでもご理解いただくっていうところに一番力を入れています。</li> <li>・息子さんは全然分からない状態だったんですけど、皆で話し合う機会を持たしてもらうと、「そんな状態になっとなのか」って言って、確認しあいながら進めていきました。</li> <li>・怠けているだけとか、自分たちが関わらないから、わざとしてるんだとか、そういうふうに思われている方もご家族の中にはいらっしゃいますので、そうではなく、疾患として、理解力の低下があったり、記憶、記名力の低下により判断力も鈍ってくるんですけどいうことを、一回ではとてもとても…まずはケアマネと家族の、関係性から始めて、少しずつ少しずつ、理解を深めていって、関わっていただけるように支援していったつもりです。</li> <li>・すごい認知症であると思ひ込み、もの忘れが、やっぱり、年相応に物忘れってあるじゃないですか、それを毎日、自分で食事もされていて、忘れてたりすることもあることじゃないですか、それを過度に反応される方もある。まちまちだとは思いますが、そこに適切な判断があると、やっぱり、ちゃんとした対応もできるし、私</li> </ul>



	<p>たち、当然、ケアマネ事業者の方も、「あ、この人はこれほできないけど、これほできるか」っていう、その人に合ったケアができるのかなっていうのは思います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族に認知症の理解をしてもらうのは、なかなか難しいですが、初期は、まあ、やたら物を探してたりとかか始まってくるやないですか、それは、まあ年齢的なものでこんなものやろうって思われるお家と、「いや、おかしいから一度物忘れ外来に行きましょうよ」っていうご家庭とでは、スタート時点で違ってきて、後の対応が変わってくるかなと思います…</li> <li>・家族に対しての研修みたいなのだとか、そういったのがあると、受入れも早まると思いますが…</li> <li>・ご自分で受け入れる時期…それが入院中であつたり、退院してすぐであつたり、退院して関わってしばらく経って、まあ、その人その人のケースによって、受け入れる時期っていうのは違いますけど、いつの時点でもいいので、受け入れていただけたらなどは思って支援させていただいてます。</li> <li>・本人の支援より家族の支援の方が時間がかかります。</li> <li>・家族の人には、家族会に入ってもらうように勧めます。何とかその家族会に入ってもらうと、やっぱり、学ばんですね、すごく、対応が分からないって時に、既に認知症の対応をしている人の話を聞くので、だんだんこうなっていくっていうのが分かるみたいで、接し方を教えてもらったりとか、こちらが言うよりも当事者どうして学んでいってもら方がいいかなって…</li> <li>・中途半端に要介護2くらいだと、徘徊ではないんですけど、外に出ようとしてしまう時に家族は混乱してしまいますが、家族会からアドバイスを受けると段々理解できるようになってくるんです。また、介護度が進んでいくと意欲が落ちてきたりするんで、家族会からアドバイスを受けて介護保険サービスもどンドン入るようになっていくと逆に楽になるっていうのが分かったとか、そういう経験をしたとか…</li> <li>・家族にこういう取っ掛かりが分かっていると悪くしていつちやうかなっていうのはあります。対処法とかは、こういう冊子を渡して読んでもらって少しづつでも家族会に出るようにしてもらっています。こういう風な状況になりますからって…</li> <li>・家族に認知症のことを理解してもらいために、物忘れ外来に行ってもらうとか、病院に相談窓口があるので、そういうところに行ってもらうとか、トイレはとて出来ないんで、そういうところに行ってもらうようにするか、紹介をして理解を促すようにしてます…</li> <li>・娘さんは最初は協力的ではなかったんですが、だんだん協力的にはなってきたいただきました。</li> </ul>
<p>介護負担により家族の体調が悪化してしまい在宅生活の支援が難しくなることがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護負担により家族の体調が悪化することもあります。</li> <li>・無理して介護している間に家族の体調が悪化してしまうことがあります。精神的にも、身体だけじゃなく精神的にもですね…</li> <li>・介護負担により家族の体調が悪化することもありますね。</li> <li>・体調というか、腰を痛めたり、やっぱり手首、やっぱり力ずくで介護をすることも出てくるので、トイレ誘導にして、起こしたり寝かしたりしても、まあ、精神的にもそうですし、やっぱりね、体力的に衰えてくることもあるようですね。</li> <li>・老老介護で、外に出るサービスは使わないでお家でみていたんですけど、家族の具合が悪くなっちゃって…</li> <li>・介護をしている家族で体調を崩される方はいますね。そういう場合は、緊急ショートを使いたいんですが、緊急ショートが充実していないので、なかなか…</li> <li>・頑張っている家族はよく目にしますが、無理しすぎて体調が悪くなる方はいます。</li> <li>・夜、眠れないとかっていうことになってくると、相当大変ですね…</li> <li>・家族の方も、在宅で何とか頑張りたいというお気持ちはあったんですけど、認知症の周辺症状がかなり進行したり、夜間せん妄とか出たりして、家族さんが参ってしまって、突発性難聴になったりとか、で、やはりもう、在宅での生活は無理っていう風に思われて、入所希望って方も、沢山みえますかね。</li> <li>・娘さんとかが精神的に不安定になって、メンタルの面でやられてしまって、体調崩したりとか、そういうことはありました。</li> </ul>
<p>夜間に周辺症状が出現して家族が眠れなくなると介護負担が増してしまう</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・せん妄が出てきて、「誰かが寝ているので私は寝られない」とか、「私の部屋はどこ？」っていう感じで、夜中に起きてこられたりとか…</li> <li>・言って聞かせようとする、そこで親子の間でトラブルが起こる。そうするとご本人はますます不穏になってしまう。そうすると、昼夜逆転とかいろんな周辺症状が起きてくるので夜間が大変…</li> <li>・夜中だったりすると、やっぱり大変なんだけれども、それを上手にちょっと付き合って、その辺回って帰ってきることができると、もうちょっと楽なんだと思うんですけど、やっぱりそこで、否定…本人を否定…やることを否定して、何とか出ないようにすると、やっぱり大騒ぎになる。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜が一番大変です。おトイレの失敗とか、何かが見えるとか、昼夜逆転とかで対応が難しいところですね…</li> <li>・夜間がやっぱり大変。仕事をされてる方も、結構いらっしゃるので、日中は、ディサービスとかで対応してるけども、夜間が、やっぱりその見守りがちょっと大変とかですね…</li> <li>・家族から一番相談があるのは、夜間に不穏があつて眠れないとか…</li> <li>・夜、一時間おきに起きちゃうとか、後は、幻覚・妄想の方がいます。</li> </ul>
<p>サービスを導入するまでに時間がかかる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お一人暮らしの方で、身体の状況も徐々に弱ってみえますし、でも、元々しっかりした方なので、ヘルパーを入れるにもかなり段取りを踏んで時間を要しました。</li> <li>・近所の人から言われて民生委員が来て、介護認定を受けて、何とかディだけでも、何とかなんだけれどもスタートすることができました。</li> <li>・時間がかかることもありますね。何か、ふっと気を抜いて行っていただいて、とにかく一歩出ていただいたら、意外と続くんですけど、まず出てもらうのが大変です。</li> <li>・寂しさから幻覚とか、物盗られ妄想が出たような感じやけど、今はちょっと話をされて、症状的には良くなってきているので、利用するまでに1年くらいかかりました。</li> <li>・まずは何とか1回やってみたりとか、信頼関係を築くところからはじめて、かろうじて仕方ないと思って受け入れて下さいます。</li> <li>・奥様ができなくなってきているのが分かっていたので、ヘルパーが毎日入るようになって、ずーっと一緒にいるわけではないですが、お食事の準備とかで、後はディサービスのご利用…お昼間はできるだけ一人で過ごす時間がないようにってさせていただいて…</li> <li>・やっぱり、新しい人と交わったり、新しいサービスを導入する時に、口で説明してすぐね「はい、はい」とか、合理的には物事が進まないの、人によっては、何回も会いに行つて、顔を何とか覚えてもらつてついで、ただ働きを相当しないと引っ張り出せないケースっていうのが、どうしてもあるんですね。</li> <li>・暫定プランをいくつもいくつも、まあ、三つは最低持つて行って、こういう感じだといくらくらい、こういう感じだといくらくらいというふうに、沢山コマを持って行って、その中で、私が押し付けるのではなく、選択していただくっていう形をとっていただくことで、負担感が和らぐ。気持ち的にもケアマネが言った通りにしたのではなく、一緒に考えたんだっていうことを思っていただけかなと思います。</li> <li>・介護保険の介護度が出てても、サービスに繋がらない人がいたので、行政でやってた訪問看護師さんを、半年だけ無料で訪問するサービスを利用したりして、まず医療に繋ぐ方向で、そういう「見守り訪問看護」というのをやってるんですね。オレンジプランで、また名前が変わってますけど、看護師さん派遣っていう、繋がらない人に対して…</li> <li>・民生委員からきて関わってたんですけど、なかなか申請に至らなくて、病院もかかってない状況で、半年ぐらいで引きこもりのようになったという人で、これをまず使つて、そして、介護保険の申請をして、とりあえず要介護が出たところで、それに当たつて訪問診療を入れましようつてことで、そこからまず繋げました。介護保険は繋がらなかつたんですけど、そのうちに、だんだん皮膚の疾患とか出てくるので、訪問看護師さんを入れるつてことで、介護保険サービスに繋がっていきました。大体、4年くらいかかってます、そこまでの間に。</li> <li>・最初の関わりが、まずすごく大事で、申請するまでなかなかしないんで、1年くらいかかって、医者診察をしていないと、とにかく意見書を書いてもらえないじゃないですか、認知症の診断もついてないと介護度も出てこないでしょうから。時間がかかるのが一つですね、取り掛かりの時間…</li> <li>・いきなりサービス利用するのは無理ですよ。段階的に支援していくとサービスは入れるようになっていきます。</li> <li>・ディサービスも誘導がなかなか難しく、本人が行きたくないのに家族が行つてくれつていうのが多くて、家族を巻き込んで聞くと、ディサービスの昔のように幼稚なことをしているようなイメージが入つていて、どうもそういうものがあるので、なるべくその人に合った、大きいところもあれば、小さくてこじんまりしたところもあるので、そういうところを選んで紹介をして…</li> <li>・家族の意見を聞きながら、その人のやってきた生活とか見て、こういうのが得意とか聞いて…どういふところがいいか、行つてもらわないと分からないから、見学は行つてみませんかとは言います。とりあえず行く人もいるし、でも、行かない人もいるし、そこはなかなか難しいですよ…</li> </ul>
<p>サービスが定着するまでに時間がかかる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ショートにしてもディにしても、認知の人に根気強く付き合つて、サービス定着させてくれるようなところが欲しいです。</li> <li>・やっぱりサービスが定着するまでは時間がかかります。</li> <li>・サービスが定着するまでにかなり苦慮します。サービス事業者さんにも協力していただいています。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ディサービス希望でしたら、ディサービスの方に協力していただいて、何か、だましましじゃないですけど、家族様としては認知症予防のためですけど、リハビリしに、運動をしにいきましょうかっていう形で、プライバシー、自尊心傷つけないようには持っていきるようになりますが、なかなか難しいですね。事業者と連携を取りながら少しずつという感じですね。</li> <li>・やっぱり、認知症の方の場合はサービスがなかなか定着しないと、最終的には精神科っていう話になってしまいます。</li> <li>・一旦サービスが始まっても、すぐに止めちゃうことがあります。</li> <li>・ディサービスが、毎日同じ食事を出す、料金が高いというサービスから遠のくことがあります。</li> <li>・毎月か、何ヶ月に1回は電話などもしたりとか、訪問して「どうですか」とかして、毎月1回看護師さんが訪問する、半年、その時付いて行ったりしながら、そしてようやく終わるころに、介護保険の申請をして。使わなくていいので、サービスを繋いで、看護師さんも「今度先生に来てもらいようにしましょう」というようにしました。</li> </ul>
<p>サービスを利用する時にケアマネジャーが同行しなくてはいけないことがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ディサービスへの場所を覚えていただくために、一緒に通ったりということもちょっとさせていただいて、一応ディサービスには繋がったんです。</li> <li>・ディサービスの迎える時とかは、付いて行く時もありますね。</li> <li>・ディサービスに付いて行くことは、時々あります。近い方だったら、時々行ったりとか、ショートの時も、どうしても家族さんとしては、そのショートのご利用を希望なので、拒否されると困るじゃないですか。そういう時は、一緒に行かせてもらったりします。それで、回数も多いので、やっぱり名前は忘れていかれる場合もありますが、顔を見たら覚えておられるので、ちょっと安心感もあるかなって思います。</li> <li>・最初に使うときは一緒に行ってます。ディサービスにこの間も行きました。初日、一緒に行きました。「車に乗せてって」って一緒に行きました。</li> </ul>
<p>ケアプランに沿ったサービス提供が困難である</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今のプランで時間で進んでいくじゃないですか、だから、いつどうなるかって、あらかじめ分からないから、いつ行きますって決められない…認知症の方は随時の対応が多いので、そうすると最初からプランに入れるってことは難しいですよ…まっ、夜だったら対応のところと契約しておいてもらって、ご家族で対応できなかったらコールして助けを求めて下さいねって方はいますね。</li> <li>・本当はね、酷くなってくるとショートとかにしたいんですけど、なかなか認知症の方ほど神経が過敏になっているとか、繊細なのか、あの本当にショートはなかなか難しい。やっぱり、家から離れることによって、今度、もしかして戻れないかしらと思えるような、何か、そういうのが起こっているみたいで、このところ、私の担当の認知症の方、ショート泊まらずに帰って来たりとか3回続きました。でも、もう3件とも、みんなディとかディケア大好きで、休まずに行かれています方なんです。ですのに、一泊のお泊りができないんです。3件ともショート使えなくて、もう日帰りみたいな形で、やむなく断念せざるを得なくなったというか…</li> <li>・実際に、例えばヘルパーさん入っている方なんかでも、まあ、かなり支援が難しかったりとか、「帰ってくれ」とか言われちゃったりすることもありますので、なかなか難しいですね。</li> <li>・同じ施設なのに、ショートはどうも受け入れられない。でも、家族さんとしては、先の入所のことも考えて、まあ、一泊はしてみようということで、試してみたんですけど、もう、ディケアのお帰りになるような時間になると、やっぱり心がざわざわして玄関先に出て行かれようとするんです。それを止めると、すごい暴力とか、やっぱり暴力的なことが、女性の方なんですけど、もう、そこらへんで全然、現場の職員もちょっとみれないという感じで、結局のところ泊まらず、私も一緒にショートの相談員と一緒にお家に、家族さんの承諾のもと、送り届けることになったというちょっと残念な結果となりました。</li> <li>・本人が「行かぬー」って騒いだりね、段取りしても、ショートに「あんなどころには、もう二度と行かない」って騒いだりします。</li> <li>・ディサービスなんかも自分の意志で行ってないので、例えば、ラドンセンターに行くとか言って、お風呂に入れていただくんですけど、お風呂に入ったらもう帰る、もう居たくない、でまた息子さんに怒られたりすると、嫌な思いが残っているので、「もう行きたくない」…登校拒否じゃないですけど、行くのを拒否する、そういうのが出てきちゃう…悪循環ですね。そういったご家族が、こうこうこういったことだから行かなくてはいけないんだと勧めると、本人にとっては「嫌な思い」しか残らなくて、もう行きたくない。</li> <li>・認知症っていうのは、認識がないところで、お家に一人でみえても何もする訳ではなくって、ただボーっとしてみえるっていう部分の中で、家族さんはそれを知っているので、できたらディサービスで少しでも出てもらってっていうのがある中で、送迎行かせてもらっても、なかなか、もう行かないって、やっぱり意思はあるじゃないですか…</li> </ul>

<p>周辺症状のために受け入れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しいことがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プランについては、どうしてもご家族とのやり取りになってしまいますので…</li> <li>・周辺症状によっては、施設もなかなか受け入れがしてもらえないところも…あの、自傷行為があるとか、後、相手を傷つけてしまうとか、そういうところが強いと、やっぱり、受け入れしてくれる施設も少ないですね。そうですね、やっぱり徘徊の方も頻回だと、職員の対応…やっぱり、職員の人数が少ないところだと、その人だけにかかりきりになることはできないってことで難しいですね。</li> <li>・この仕事に就いて思うのは、何か現場の言葉というのがすごく強いんですね、やっぱり、あの、みるのは私たちというのが。それで現場に押されていて、受け入れするかどうかを決められてしまうというのを私は感じるところで…</li> <li>・特にお泊りサービスですと、夜勤は一人なんかのところもありますので、そうすると一人にかかりきりになるってわけにもいかないし…</li> <li>・ショートに来た時ですけど、その姿見たりとかしてね、それで、今度、しばらく経って、家族さんがもう一度チャレンジさせてくれるって言っても、担当者から、うちは無理やっという感じで、もう頭ごなしにっていうか。</li> <li>・やっぱり、ショートが一番大変ですかね、受け入れが。</li> <li>・特にショートです、それこそ、拒否るっていいですか、事業所のその職員は、本人さんを目の前にしてね、もう、「無理や」とか「こんな方は受け入れられない」とか、「私らよう面倒みません」って現場の方に言われたりとか。</li> <li>・事業者さんでも、ちょっと軽い方というか、やっぱりちょっとケアしやすい方を求めるところもあって、なかなか認知症の酷い方とか難しい方は、利用しにくいようなところもありますね。</li> <li>・サービス事業者さんから受け入れを断られてしまうことがありますね。</li> <li>・大声出されれば、他の方まで不安定になっちゃったりするので、受け入れていただけないっていうのは悩ましいところですね。</li> <li>・事業所によっては、認知症イコール手がかかるみたいな感じでね、その受け入れの方が、一般の方といたら失礼ですけど、何も認知を持ってない方に比べると、やっぱりちょっと、渋るような、足踏みするようなところもあるかなっていう感じですね、認知症の人をもうちょっと入れていただきたいなっていうことを感じることもありますね。</li> <li>・ショートを受け入れる相談員も、まあ一人じゃなくて二人とか、主の者がいない時は別の者が対応するんですけど、その相談員その個々によっても、理解度とかそういうのが違って、そこらへんで平行線で合わなかったりとか。そうですね、やっぱり認知症の方で一番断られるというか、ちょっと敷居が高いのはショートステイですね。</li> <li>・医療処置が必要だとか、認知症の周辺症状が激しいとか、本当は一番サービスを必要としていて、家族が疲弊しているお家に限って使えるところがないっていうのが、仲間のケアマネと話していても、そういう人ほど使えないっていうのは「ほんとお気の毒だよ」っていう話は出ています。</li> <li>・問題的な方、攻撃的な方、利用者さんと、そいって方は、信頼関係のある事業所さんじゃないと、難しい部分はあります。</li> </ul>
<p>周辺症状のためにサービスの継続が難しくなることがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスを始めたけれど途中で行かなくなったりすると、再度行っていただくのは難しくなりますね。</li> <li>・周りに危害を及ぼす、いわゆる周辺症状で、他の人に暴力行為とか、暴言とか、後、怪我を負わせてしまったりっていうケースは継続が難しくなりました。</li> <li>・無理にショートとかで繋ごうと思うと、いろんな障害が出てきますね。</li> <li>・ある利用者さんが認知症のある方とちょっとトラブルを起こしたんですけど、その方に対して「あのやつは、どうしてここに来よる」って、「ああゆうやつは、病院に入るべきだろう」って、利用者からやっぱり出るんですよ。そういう衝突があった時に、利用者さんが収まりがつかないとかあった時には困るのかなって思います。</li> <li>・帰宅願望が激しくなって、あの、職員を突き飛ばすじゃないですけど、ちょっと、手が出てしまうとか、他の利用者さんに、何度も同じ話をしていくとか、女性の利用者さんに対して、必要以上に身体を触るとか、それによって他の利用者さんが怖い思いをされるって方は、今後の利用を検討させていただきたいというように、事業者さんから言われたことはあります。</li> <li>・ちょっと暴力的になって、大声でってことで…まあ、徘徊とか帰宅願望ぐらいでは断れないんですね、他者への攻撃が強くなってくるとですね…</li> <li>・事業者さんから、サービスの中止や変更の提案を受けた時は、自分は自分の担当の人が、そこで生活してきた環境が変わるということに関しては、やっぱりすごい負担なので、できればそこを利用続けたい。だったら、そこに対して、他の方とどんなふうにしたら上手くやっっていけるのかなっていうところは、事業所と話さないといけ</li> </ul>

	<p>ない立場に自分たちはいるかなと思います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ディ、はじめてやってたんですけど、やっぱダメだったんですよ。あの、こう外へ出ちゃって。</li> <li>・徘徊の方は、老健に頼んだんですけど、夜中に外に出られちゃって。それで警察の世話になって、それから利用できないんです。</li> <li>・何回か利用されて、厳しい状況であれば、断られる時もあります。でもそこらへんは、頭から断りはされないです…事業所としては、むやみに断ってはいけないっていうところはあるし、きちっと理由とか提示して下さいます。</li> </ul>
<p>周辺症状のためにサービス事業者から利用を制限されることがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所によっては、やっぱり、認知症が強いと、ちょっと週に5日ビッチリ入れて欲しいけれども、そんなに関わってばかりいられないっていうことで制限されることがあります。認知症対応型のところって、まだ受け入れが少ないですよ、で、事業所探しも苦労します。</li> <li>・サービスの曜日を変えたりとか、事業所自体を変えたりとか、そういうことも出てきます。</li> <li>・断られるところまではいかなくても、制限されてしまうことはあります。</li> </ul>
<p>サービス事業者との間で周辺症状への対応を調整するのが大変である</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症対応型のディケアがあるんですけど、落ち着きがなくなるとそちらに移行して、一人で対応してもらっています。</li> <li>・ディサービスっていうのも、なかなか、本人さんは寝てるだけでサービスを使うっていうのも、どうなのかなっていう、行っていただいたら、食事とかしてもらっても、何か、その使い方がちょっと難しいかなって思います。</li> <li>・ケアマネジャーとその事業所が、結びつきが浅いと拒否反応が強いんですけど、「あの、私これだけ理解していますよ」みたいなところを事業者さんに分かっていたら、今は大変だけど、もう、遠い未来じゃなくて、近い未来の見通しみたいなのを事業者さんに伝えることで、もうちょっと経ったらショートスティ始めるつもりなんですとか、入所も視野に入れてご家族と相談しているんですとか、そういうことをちょっと伝えることで、何ていうんですかね、マラソンでもそうじゃないですか、42.195キロを、すごく長いけれど、電信柱までっていうと、少し頑張れるじゃないですか。そういうような気持ちで関わっています。</li> <li>・ご家族様って、元々今まで使っていたので、すぐにもう帰ったら、すぐ入っていただけるやろうっていう感覚をどうしても持ってはるところはある。でも、状況によっては、揃えなくちゃいけない物もあります。認知症があって食事が入らない状況になって、もう家族は家に帰ったら、看護師さんにしてもらえるやろうっていうところもあるし、その対応のところでも苦労します。</li> <li>・集団生活がきかないので、一対一だったら落ち着かれるけど、認知症が酷くなるにつれて、他の利用者様を攻撃するような言動があったりだとか、物を投げたりだとか、いろんな部分があって、落ち着きがなくなったので、二部屋ある中の、一部屋に皆が集まって、その方は別部屋に移動してもらって、対応してもらうこともあります。</li> <li>・利用者さんが転倒されて動けなくなっていたので、ヘルパーさんに救急車を呼んでもらい、緊急で病院まで付き添ってもらったところがあります。</li> <li>・お薬は、もうヘルパーさん頼みだったり、それからヘルパーさんが入れなかったら、ディサービスの職員に願います。ただ、一日三回飲むお時間っていうのが、多少、朝と晩だけであれば、もう帰る前にちょっと飲んでいただくとか、そういった工夫はしますね。</li> <li>・結構、融通を利かせて、何とかしてくれるんですよ。ショートスティを利用した時に、帰宅願望がすごく強くて、もう帰るっていう時に、車椅子に乗ってグルグルグルグル回ったりだとか、職員の促しで、その職員がダメだったら、違う職員が時間を置いて、うまい具合に対応はしてくれるんですよ…</li> <li>・例えば、ヘルパーさん30分で終わるはずがないんですね、朝なんか特に、オムツ交換だけであっても、一日3回しかオムツを替えない人で、一晩どんなに工夫して吸収量の高いオムツを使っても、少し漏れているとシーツを洗濯しないといけないとか、寝衣が濡れていたら着替えさせて差し上げて、籠にとりあえず入れるまで。身体がやっぱり拘縮してこられていて、変に屈曲されているので、非常に技術を要する方で、30分で終わらないところを、ヘルパー事業所さんは、もう時間延長は日常的に当たり前ですね…そこを、やって下さる。</li> <li>・ヘルパー事業所さんとかディのスタッフさんだって、連れて行く時に必要以上に注意してくれて、非常に綿密にやってもらうこともあります。</li> <li>・ショートの介護員さんには、なるべく名前でも話しかけるようにしています。そして、困った時には、介護員さんに聞くようにしているんですよ。</li> <li>・利用中に見に行くと、食事なんかも分かんなくなっちゃうからいっぺんに出さないで、単品の食事にしてやりしてるし、色鉛筆で色塗ったりする時も、一本ずつ出す対応をしてくれて、そうすると何とかできるようになる…</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・最初にお手洗いなんかも連れてった時に、「この人トイレトペーパーばんばん使っちゃうから、余分に置いておいておかないようにして下さい」って言って、そういう情報を言っておかないと、余分に置いておくとやられちゃうから、捨てられちゃうよとか伝えるために、時々ディサービスの様子を見に行きます。</li> <li>・ディサービスで、毎日同じ食事を出していると思っている、それは、周りの皆さんおっしゃって、周りに認知症の方がいらっしやると「そうよね」っていう同意が入ってくると、いくらこっちが説明してもダメっていう感じになって、「そんなことないですよ、ここは温かいものを毎日作って、毎日違うものをお出ししていて、栄養のバランスも考えて食べやすいようにさせてもらってるから」って言っても、認知症の方が隣同士になっていると、「そんなことはないわよね」みたいな感じになっていく…座る位置とかも考えていただいたりとかはしています…</li> <li>・ショートステイ利用中に、これでもダメって時は、家族に連絡して、家族の声を聞いたら、少し落ち着くとかね…いろんな対応をやってもらってるんで、ちょっと違ってくるかなって感じ…</li> <li>・財布がなくなったって言われて「ヘルパーさんが盗ってたんやろ」って言われたことがあったんですよ。ヘルパーさんが入ってましたもんで、お金がないって私がヘルパーさんに電話したら、ヘルパーさんが行っていただいたんですけども、お金がここにあるよっていう説明に行っていました。</li> <li>・毎回、もう今度は止めます、もう今回で止めます、今回は来てしまったのでって、毎回、言われている方みえるんですけど、結局、それを忘れちゃうので、また連れていく、朝、送迎に行かせてもらって来てもらって、また朝会うと、「もう、今日は来たけどもう来ないから」っていうのの繰り返しで、その都度対応してもらっています。</li> <li>・サービスの内容をご理解いただき難いのと、その時間にいらっしやらなかつたり、それから、いいと思って、その時は行ってもらって入れたけれど、日にちが経つとケアマネジャーさんが勝手に決めたって言われたことがあり、事業者さんと相談して対応しています。</li> <li>・脱いだ物、自分の物にはすごく固執があって、それは結構何回か全部ロッカーを開けて「ここに入ってるんじゃないの？」って探されて、その都度職員が「見ていいよ、どこでも好きなところ見てって、あるかないか探してみて」って、ない場合は納得してくれるっていうのが何回か…</li> </ul>
<p>認知症の人の穏やかな生活を支えるためのサービス事業者の選定が難しい</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業者さんは、まずは行ってみるっていう形です。</li> <li>・ディサービスを利用している場合は、ショートステイも同じ施設で、変わらない環境で泊まれるところを選んでいきます。</li> <li>・こちらの方が提案させてもらっても、家族の希望、意志がはっきりされている方は、家族が納得いくところを探す場合もあります。</li> <li>・認知症の重い方は、大きなディは無理なので、少人数で対応できるディサービスを選んで対応してもらっています。</li> <li>・日常業務をこなすだけでも、通所の方たちはテンヤワンヤしてますので、なかなかそこまでやって下さる通所の方っていうのが限られてくる。ある程度、そういうことができる、余裕のある事業所さんであったり、熱意のある事業所さんでないと、難しいケースっていうのはあるかと思えます。</li> <li>・先々のことを考えて、ショートも受け入れができるような事業所を探すようにしています。</li> <li>・ヘルパーさんの選定自体も、どうしようって悩みますね。</li> <li>・たまたま開設したばかりのディサービスで、その方、農家さんだったので、JAさんが始める…農業が始まるっていうことで、来て欲しいって言われてるよ、農業支援をして欲しいって言われてるよというところで始めたので、そういうきっかけがなかったら、未だに行っていないかなとは思っています。</li> <li>・サービス事業者はみんな人間なので、私もそうですけど、みんな人間なので、やっぱりどうしても本人との相性が悪いことがある。本人との相性が合わないと上手くいかないですね、どんなサービスでも。やっぱり、福祉の勉強をみんなしてきていても、なかなか本人理解に結びつかないってこともありますね。</li> </ul>
<p>かかりつけ医の認知症の理解が乏しいため、適切な治療が受けられないことがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・熱心じゃない方は、ちょっと変だなと思ったら認知症にしちゃったり…</li> <li>・簡単に認知症って診断を付けられてしまうことがあります。</li> <li>・先生に診断に行って、長谷川式をして、認知症はないよって言われたけど、その方、妄想だけがちょっとあって、自分が家におらんと誰かが入ってくる、ディにも行けんし、ヘルパーが来たら物を盗っていくしとか、人影とか風の音がすると、すぐ警察呼んでっていうのがあって、家から離れられなかったんですけど、一年くらいかかって、今はディサービス一回行かれるようになって…</li> <li>・年だからとかって言われる時もありますかね。後、そんなに認知じゃないんだけども、先生が、もうこの人「ほんとに進んでいるから」とか「これでは生活できないよ」とかおっしゃったりと。</li> </ul>

- ・個人病院の先生が、比較的、アリセプトとか、その認知症治療薬を画像診断もなく、長谷川とかただけでお薬が出てくるっていうことも、今まで経験あるんですけど。なぜそこから5ミリなんだとか、なぜスタート？…そこらへんの、そのなんていうんですかね、個人病院の先生はすごくそのように感じますけど…アリセプトを、何か、物忘れがあるっていうとアリセプトとか…
- ・まあ病院に行っても先生たちが「認知症治療してから連れておいで」って言われることもあって…
- ・認知症の診断ついてるけど、実際、お話して、あの、スケールまではとりませんが、認知症なのかな？…みたいな、物忘れと認知症の、その、病院の先生の方での…物忘れで受診して、もう認知症って診断が付けられることもあるんで、そこらへんは分からないなって感じることがあります。
- ・在宅で、どのような周辺症状が起きているかっていうことを、まず本人に「どうですか？」って聞いても、本人は分からない、答えられない、なかなか。まあヘルパーなりが同行して、ヘルパーの方から「最近こうですよ、ああですよ」って、症状はお話するんですけど、それを聞こうともしないで、まず「ご本人と話しているんですからあなた達はそちらにいて下さい」とか言って、本人から聞こうとする、本人は何を聞かれているかよく理解できない、「特に変わらないです」みたいなことをおっしゃるんですけど…視点を変えて欲しいなって、この方認知症になってるんだからって。
- ・独居の認知症高齢者の方のことについて、先生にご相談したりするんですけど、周辺症状についての理解が少なくて…あの…「在宅が難しいならもう施設に入れてしまえばいいじゃない」っていう。「あの方は在宅は無理よ」とか、そういうことをサラッとおっしゃって下さるんですけど、施設に入るにも相当なお金がかかるし、ご本人も拒否があるので家にいるわけであって、その辺の理解が足りない。なぜ、今、ここで在宅でやっているのって、どうして私たちが相談に行っているのって、それに対する確かな答えが返ってこない。でも、先生はちゃんと認知症のお薬を処方していて、処方して下さるわけだから、もうちょっと認知症のそういう細かいところを勉強して欲しいなって思います。
- ・認知症といっても、さまざまなタイプがあるじゃないですか、アルツハイマー、脳血管。認知症って書いてだけでも薬が出されていなかったりとか、あるいは、何でもかんでアルツハイマーになっていたりと、ちょっと「え…？」と思うことはある。
- ・大学病院の専門医の先生が、主治医とおなりとなっていて、同じ大学病院で複数の診療科目にかかっているケースで、長谷川式では14点くらいの方なんですけど、専門医の先生は認知症の自立度は1で出してくるんです。で、がんの方なので、専門的に認知症の治療を全くされていないので、まあ、生命に関わる治療を優先しているっていうように私たちは理解してるんですけども。その主治医の先生が、何ていうんですかね、どこまで理解されて主治医意見書を作成されたのかなっていうのを思いましたね。まあ、専門医ならではのことだと思うんですけど…
- ・専門病院というか、何も認知薬が処方されていないし、認知症という診断もないので、そういった治療をしてくる必要があるのではないかって思って、まあ年齢もお若い方だったので、まだまだこれから生活がありますし、家族さんにもその話をしたら、積極的な治療をしていきたいというご希望がありましたので、まずは家族さんの方から主治医に向けて、認知症状がご自宅であるお困りごとを伝えていただいたんですけど、そのかかりつけの先生は「それは年相応」っていう感じで片付けられてしまって、専門病院の受診も必要ないと言われて、家族さんは、その先生に関わってもらっているんで、先生にそう言われれば、もうそれ以上、先生がそう言うんだからっていう形で、家族さんも「だったら様子見ようかな」みたいな形になって。でも2~3ヶ月、どんどん認知症の症状が進行して行って、日付も分からなくなったりとか、内服が、飲み忘れがかなり出てきたりとか、意欲低下もかなり起こってきたりとかで、もう、これは絶対に専門病院を受診した方がいいと、判断したんですけど、なかなかケアマネから先生に対して「こうですよ、ああですよ」ってことが言い難いですね。
- ・主治医が強い薬を出したら、ガクンと落ちて動かなくなって、よだれもだらーんとなった感じで、自分で起き上がることもできなくなってきたので、薬を見直してもらったら、ちょっと戻ったという感じです。
- ・家族さんが、よく訴えるんですけど、「虫がおる」とか、往診の度に訴えるんですけど、でも先生は大丈夫、大丈夫って言って、専門のところへ受診してみるかなと、先生の方から言っていたらいいんですけど、なかなかそういうことを、専門のところへ紹介していただけない。
- ・周辺症状を私も同行して「最近こういう状況なんです」ってお話するんですけど、たぶん、書きとめて下さるんでしょうけど、また次回行くと、そのことはすっかり忘れてて、「どうですか？」ってご本人に何うんで「そうじゃないないでしょ」と思うんですけど。理解がなかなかで、そういう先生も市内で唯一認知症のグループに加担されて、市の指導なんか当たられている先生なんですって、そういう先生でさえ、そういう状態でしかないっていうのかな…また、何か特化して勉強して欲しいなって感じます。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症のこと分かって、そこらへんのところ、こちらの方から先生に薬がどうのこうのって言えないので辛いです。</li> <li>・主治医の先生のお薬の調整になってガクンと強いものが処方されて、動かなくなってしまって、それでちょっと支障が出てきて、ちょっと中に入れてもらって、あまりにもきついのではないかとか。</li> <li>・ちょっとした物忘れで受診して、認知症と診断をつけられることがあります。</li> </ul>
<p>かかりつけ医の介護保険制度に対する理解が乏しいため、ケアマネジャーとの間の支援方針に相違が生じることがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大きな大学の先生なんですけど、訪問看護を導入している場合に、訪問看護から主治医に対して指示書をいただきます。それは、3ヶ月に1回だったり半年に1回だったり、書いていただくんですけど、訪問看護が入って、身体のバイタルチェック、それ以外にもうひとつ、入浴介助、そしてもうひとつは訪問看護ステーションから来る訪問リハビリ…理学療法士が来てやるんですが、この看護師が週に3回入るということを、理解できない。私はその先生からお電話をいただいて、もうしょっちゅう指示書を書いてるんだけど、どうしてこの方に看護師が週に3回入るのか？って。訪問看護ステーションっていうと、全部看護師だと思っているんですね。訪問看護ステーションの訪問リハビリとバイタルする看護師は違う事業所から来てるので、その違いがまず分かって下さらない。その説明からしないと、先生が理解できない、なぜ看護師がリハビリできないんですか？とか…</li> <li>・とても大きな大学の先生なので、理解をして下さっているもんだと思っていたのですが、一回ご説明した時に、「はい、分かりました」ということをおっしゃったのですが、またつい最近お電話をいただいて、全然理解しなくて。でも、指示書を書く回数が増えてきたので、「最近のプランの内容を教えてください」とか、この間説明申し上げたのに、全然理解してくれてなかった。ただその介護保険の内容を理解していない、制度とかを理解されていない、だからそういうことが起こるのかなって…</li> <li>・例えば、ショートでもⅡ3A以上だったら認知棟とかもあるんですけど、やっぱり、それが付いてないと、やっぱりそれも使えないっていう感じになります。いろんな意味で弊害も出てくるので、そこらへんがね、私らも訴えていけばいいんですけども、なかなか難しいところもあるかなって感じですよ。</li> </ul>
<p>かかりつけ医が認知症の人の生活を理解していないため、ケアマネジャーとの間の支援の方向性が噛み合わないことがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医の意見書の方にね、認知度があるんですけども、3Aとか2以上とかありますよね。結構、先生の見立てとどうか、全然、家族さんとかの訴えとかが、全然、食い違ってるどころとかもあつたりして…</li> <li>・主治医の意見書が、認知症の日常生活自立度が、私たちの思ってるのと、先生がつけて下さるのが、全然違う時があります。</li> <li>・先生の前では、皆さんしっかりしてはるので、先生が「そんなことあるの?」、ケアマネさんが、ちょっと過剰に言うてるんじゃないのって言われることは、確かにあるんですけど、それも文章にして、具体的に「何月何日どういう時間帯にこういうこういうことがあって困ってました」ってことを文章で伝えるようにはしていません。</li> <li>・主治医の前に行くと認知症の方はシャキッとされる。それに対して家族さんがジレンマを感じているというか、分かってもらえない。</li> <li>・先生がなかなか生活を分かって下さらない…</li> <li>・先生は、やはりご自宅のことは見てらっしゃらないかなとは思いますが。</li> <li>・先生は受診の時しか分からないので、細かくやっぱり普段の日常生活をお伝えしないと、なかなか難しいところですね。</li> <li>・生活を理解して下さっていないので、話が噛み合わないことはあります。</li> <li>・認知症で、もし周辺症状が出てたとしても、それを上手く、お薬飲んだりとか、対応の仕方だったりとかいうのを、本人、あとご家族の方に説明してくれたりとかする医療機関は少ないかもしれないですね。もう本当に認知症の方の飲んでるお薬が処方されるだけだったりとかってところで、まあ、様子見るようになって言われて、でも、それだけじゃ家族はどうしていいかわからない、その対応の仕方ってところが分からなくて困っているってことはあるかもしれないです。</li> <li>・食べることを忘れてしまうという方もあって、そうすると、痩せてくる。家族さんが介助して食べさせても、やっぱり食事の量が減ってくる、その時に、高カロリーなものであるとか、そういうのを先生に一度相談して下さいとは言わせてもらうんですけど、「まあ、そこまでせんでもええやろ」っていうお医者さんもいらっしゃいますし、ちょっと難しいですね。</li> <li>・認知症の方って、お医者さんのところに行くとか何かしゃきとしますよね。ですので、連携が図れたのかなって反省することがあります。</li> <li>・認知症で独居の方で、セカンドオピニオンを勧めた時に、その主治医の先生がかなりお怒りになりまして、主治医意見書見せて下さらなかったことがありまして。やはり、お怒りが取まらなくて呼び出しがあって、「余計なことをするな」みたいな…</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症だからということで、一人暮らしで薬を飲む環境ではないのに、薬が出されることがあります。</li> <li>・主治医意見書に認知症の人の昔の状況が書かれて戻ってくるので…</li> <li>・その治療でいいんですかっていうところ…その治療に対しては、やっぱり先生がこうだと思ってやられているので、その辺、薬がかなりボンボンボンって変わり副作用があった時に、自分たちも間髪入れずに、こういう状況が起きてますっていうのは、こと細かに伝えないと難しいなど感じたことがあって、結局は、その人は病院変えましようかっていうことで病院が変わったパターンがあるんですけど…</li> <li>・家族もケアマネジャーも予期しないで、一人暮らしの方に認知症の薬が突然出されることがと困惑する。</li> <li>・薬の処方に対して、ご本人さんの変わっていく姿だとか、家族が目当たりしている部分に関しては、自分たちはやっぱり言わなくてはいけないと思います。</li> <li>・お医者さんが生活を理解して下さっていないこともあります、こちらから何か言うのもどうかと…</li> <li>・お医者さんは薬を出すのが仕事ですね、生活のことまではね…</li> </ul>
<p>医療機関どうしの連携が上手くいかず支援に支障を来すことがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医と認知症専門医との連携がない。</li> <li>・かかりつけ医が認知症の人を診ています。それがいいのかどうかは分かりませんが、認知症専門医だからいいとは限らないので、「もう90歳代なんだし、そっとしておいてあげようよ」みたいな部分もあったりするので。</li> <li>・医療機関どうしの連携は上手くいっていないと思います。</li> <li>・例えば、うつ病気を持っている方、循環器の病院に通っていらっしゃる方など、連携はないですね。まるっきりバラバラだし、これとこれの飲み合わせが悪くて副作用が起きることも全く関知しない…お互いに、先生に「こちらからこういうお薬をいただいているんですけど大丈夫なんですか」って言っても、こっちはいいんですけど、そっちのことはよく分からないからって、相容れない。</li> <li>・お一人暮らしでされてみえてて、インスリン注射打ってたんですけど、入院中に認知症が酷くなってきて打てないんじゃないかということで、入院中に内服に変わったんです。退院ってなった時に、入院中の主治医の先生と、外来でかかっていた先生とが違ったみたいで、それで、外来の先生になった時に、入院中の先生は、このままじゃ、内服でいきましょうかっていうことで、お一人暮らしになるしということでしてたんですけども、退院前に外来の先生に来院した時に、またインスリン注射でって言われたもんで、「え、それはちょっとお一人暮らしになるし」っていうことで、うーん、そういう、だから、連携が取れてないんかなと…</li> <li>・グループホームの方がこの間入院した時に、状態が変わってないのに全然薬が違って帰って来たことがありました。</li> <li>・先生が変わった時に、本人の訴えで、「ちょっと頭が、あの、あれやわ」って言った時に、じゃ血液が流れる薬を出しましょうっていうことで、朝・昼・晩の薬が出たんです。認知症の一人暮らしなので、飲めないんですよ。で、先生、先生、それ飲めないんですけどって言って話させていただいたんですけど、まあ先生は、「飲めなかったら、飲む範囲でいいよ」って言われて、こちらとしては、朝・昼・晩と飲む薬が出て、飲む範囲でいいんやったら、別に薬はいいんじゃないかなとかと…</li> <li>・もっと早くに専門病院に繋ぐ役目をできればいいんですけど、なかなか私も知識もなく、スキルもなく、家族さんを説得したり、なかなか先生の方に出向いて行き難いというのが正直あるので…</li> <li>・往診してくれる主治医は、緊急時はすぐ入院先の病院と連携してくれますが、普通のかかりつけ医はなかなかして下さらないです。</li> <li>・家族さんによっては、お医者さんをコロコロ変えますので、情報がうまく伝わらないですね。</li> <li>・主治医連絡表票を使って自宅での様子とかを文書で交付したとしても、それ以上先生がどうこうしてくれるところまでいなくて。でも、このままではいけないという思いもあって、家族さんを一生懸命説得して専門医にかかった方が、検査をするだけでもいいので、今の状況を専門の先生に診てもらった方がいいんじゃないかということで家族さんにお話して、家族さんの気持ちも「やっぱりそうかな…」っていう気持ちに傾いたので、もう一度受診の時にかかりつけ医に言っていたら、先生は「そこまで言うんやったら専門病院受診したら」って、紹介状だけ書いていただきました。</li> </ul>
<p>かかりつけ医との情報交換のために認知症の人の受診に同行しなくてはならないことがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医の先生と話したい時に、受診に同行が必要になることがあります。</li> <li>・受診の時に同行することがある。</li> <li>・老老介護で二人とも認知症という方の受診には、よく付いていきます。</li> <li>・受診の時に一緒に行かないと、改めて時間をとってもらうのが難しいんですよ。</li> <li>・一緒に受診させていただくことがあります。</li> <li>・私はどちらかというと、通院にご家族、本人と同行して一緒に聞かせるっていう、ご家族もその方が先生から言われたことが、どのくらい分かったのかとか、言いたいことを言えてるかなってところが大事だと思うので、やっぱ</li> </ul>

	<p>り先生から言っていたきたいことって沢山ある。そのやり取りをフォローするため、むしろそっちをとっています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・先生とお会いしているのは、やはり難しいですよ。でも、定期受診、その方が定期受診する時に一緒に付いて行って、受診をしている時に質問をする程度…</li> <li>・医療機関からの情報は、一緒に行くたびにお話をもらったりとか、この前も、ご本人だけ先に血液検査に行ってもらって、先生とお話させていただきました。</li> <li>・診察の時にちょっと行く、一緒に行くとかそんな感じです。</li> <li>・ちょっとケアマネと一緒に入っていいですか？っていうふう聞いてから入ります。</li> <li>・先生たちにも、最初、何で家族以外の人に個人情報がつてこともあったんですけど、今は、「ああよかった、ケアマネさんが来て」って言われます。「どういう状況なの？」とか聞いて下さるので、認知症の方とか、家族がどうしても家を空けないとかで、今、毎月行ってるのが二名ですね。</li> <li>・ちょっと先生に聞かないと、その人だけではちょっと、という時には行きます。</li> <li>・先生に確認したいっていう時は、受付でちょっと言わせてもらったりとかいうのはあります。</li> <li>・ご家族の方に手紙を書いて、受診の時に渡していただく、そういう方法を取ったことはあります。</li> <li>・主治医の先生と連絡がとりづらいというのはあります。それは、それなりに、状況によって医院なのか病院なのかによって工夫をして対応します。</li> <li>・ドクターは忙しいので、書面で送らせていただくか、家族さんにお話して細かく情報を伝えてもらいます。</li> <li>・個人情報保護の関係で、電話ではダメっていう病院がありますので…</li> <li>・先生はお忙しいので、外来の忙しくてあるところは、直接じゃなくて、ワーカーさんにですね、どうかすると伝えて、もしくは、直接は家族の方に、もう「次の診察いつですか？」って確認した時に、そこらへんはちょっと重点的に相談して下さいとか、こちらからアドバイス…</li> <li>・家族が上手く伝えられないこととかに関しては、一緒に行って文書を作って先生にお渡ししたりとか…</li> <li>・かかりつけ医の先生方は、会いにくいことはないのですが、むしろこちら側の精神的なハードルが高いだけかなと思います。</li> <li>・気さくでいろんなことが話せる先生なのか、もう高飛車で聞きたいことも聞けない先生なのかと考えるだけで気が重くなっちゃって…</li> </ul>
<p>退院の時に認知症の人と家族の思いに相違が生じてしまうと家族の思いを優先せざるを得ない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅でみていくには家族の方の日常生活っていうか、そういうのが一番。家族がいなければ、在宅が続けられないと思うので、どうしても私は家族寄りの支援になっているかなと思います。</li> <li>・本人は、病院はですね、治療が分かっている方ならいいけど、分からない方は「どうしてここにいるんだろう」という感覚は、勿論ありますので、常に帰りたいっていうふうに言われるだろうし、普通、家がいいですね。家族的にはですね、また帰って来たらあれもこれもいろんなことが想像できるので、かなり不安があり、「無理です」と言われることがあります。一度入院した方はなかなか退院するのって難しいですね…</li> <li>・ご本人は退院したいんだけど家族は「ちょっと待って…」というのはしょっちゅうです。</li> <li>・本人は退院したいけど、家族はちょっとというのは結構多いですね。</li> <li>・認知症の方だって、たいていの方は家に帰れるものなんだと、早く帰りたいというのは皆さんなので、家族との思いが食い違うことは多々ありますね。</li> <li>・退院の時にご本人と家族の思いが食い違うことはあるかもしれないですね。</li> <li>・ご家族がみれないっていうふうになってしまうと、まあ難しいでしょうね。極力、こういう形でサービスを増やしていけばどうだろうかとか、そういう提案はもちろんしますけど。でも、難しいっておっしゃる方はいます。</li> <li>・ご本人が帰りたいと言っても、ご家族の方がまだ病院にもうちょっと居てっていうことはありますね。</li> <li>・ご本人は「帰りたい」と言っても、家族は「もうちょっと待って」というのはよくありますね。</li> <li>・本当はねご本人の思いというか、希望を尊重しなくてはならないんでしょうけど、実際、結局は、どちらかという、私、ご家族寄りの支援になってしまっているかなっていうのはありますね。どうしても、ご家族がしっかりしていれば、ご本人様も本当に安心してお家で生活できるんですよね。それが、どこかダメになってしまうと、いくらご本人がお家でそういう生活をしたいっていうところでも、できなくなってしまうところでも、家族っていうふうになってしまうので、どちらかという、あんまりよくないんでしょうけど…</li> <li>・家族がいる方は、その方たちの気持ちで物事が進んでしまう、進みやすいってことが大きいですね。</li> <li>・ご本人の気持ちがなかなか分からないうちに、家族の意向でサービスを導入してしまう…</li> </ul>
<p>病院から退院した後、在宅での</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院することによって、非日常的な生活になりますんで、そこで不穏な状態になって入院されて戻ってこれる。そして、自宅というのがよく理解できなかったり、そこに慣れるまでの期間が、やはり3ヶ月くらいはかか</li> </ul>

<p>生活が落ち着くまでに時間がかかる</p>	<p>ります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院から退院して状態が落ち着くまで時間がかかります。症状とかその人によって違うんでしょうけど、やっぱり生活の場所が変わるといことで、不穏な状態になります。</li> </ul>
<p>退院の際、家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の支援の方向性を決めるのに苦労する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・奥様が受け入れられなくて、家に帰れなくて老健になったりしたことがあります。</li> <li>・本人は元気なのに、家族は「まだまだ…」みたいなのはあります。早く帰してあげたいのにもありますね。</li> <li>・一番困るのは、若夫婦と一緒に、入院期間が長くなるとおじいちゃん、おばあちゃんのお部屋がなくなってるんですね。お孫さんの部屋になってるとか。そうなると帰る場所がなくなってるので、早く帰してあげて、おばあちゃんの部屋がまだあるうちに帰さないと、ちょっと帰りにくいかなという気がします。</li> <li>・入院すると認知症が余計進んでいるというのもあるし、他の人から聞いているのもあるし、入院前以上の負担を感じている方もいらっしゃいます。</li> <li>・家族が困難感を示して、やっぱりどこか探して欲しいという場合は、とりあえずショート…</li> <li>・家族の方は心配のほうが多いんですね、まあ本人さんは、家に帰って何でもできるって言われるんだけど、本人さんはできるところを一生懸命言われるんだけど、ご家族はできないところからまず入るので。ご家族は知らないですよ、介護保険に何があるのか、こういうサービスがありますよとか、こういう説明してダメやったから、また施設に行くって言う時もあるけど、不安が強いとやっぱり帰れないかな…</li> <li>・精一杯やっついていらっしゃいますし、仕事とかもいろいろあるので、その中でやっぱり入院中に、更に周辺症状がおかしくなったりするところがあれば…やっぱり無理ですってというお話になるかなと…</li> <li>・もう病院側がダメだからと言うと、たいていは渋々自宅退院に「うん」とおっしゃるか、あるいはどこかに入所、施設を探して下さいということになりますね。</li> <li>・ご家族さんがいらっしゃって、在宅に戻るに関して、今の状況だと受け入れられない、家には戻って来れないって言われて、ショートステイをって言われたりしても、すぐには無理っていう状況ですかね、その時にどうするか困ります。</li> <li>・病院は死ぬまでいれませんかから、ひとまず帰らしようということ、もう説得するしかないです。</li> <li>・退院しようとしても、家族の人が「まだ…」って…</li> <li>・退院の時に、家族の方が「これじゃまだまだ」って言って、家族の受入れが整わないことがあります。</li> </ul>
<p>入院により家族の在宅介護を続ける気持ちが低下してしまうと自宅退院が難しくなる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族的にはですね、本人を預けたことの開放感から、また帰って来たら、またあれもこれもいろんなことが想像できる部分に関しては、かなり不安があり、「無理です」と言われることがあります。一度入院した方はなかなか自宅退院するのって難しいですね…</li> <li>・家族としては、それまでの介護がすごく大変だったので、入院できたってところで安心感があるんですね、それでも介護をする気持ちが…</li> <li>・入院する前から認知症で、入院してもう酷くて、それを知っているから、もうみたくない…</li> <li>・離れれば離れるほどですね、入院期間が長くなればなるほど、「もう自宅じゃ無理です」っていう話が、必ず出ます。で、「施設を探して下さい」と…。</li> <li>・もうみたくないから、入院した機会にどっか探してと…。今まで、家から出してもらうことが難しかったのに、入院で出してもらえたから、自宅退院はもうっていうのは最近聞くようになってきました。</li> <li>・病院も、状態が落ち着いているので退院しますって言うんですけど、病院では治ってるかもしれないけど、また、自宅に帰ったら、同じことがまた起こるんじゃないかっていう不安が過ぎるんですね。本人がいない生活をされているので、すごく苦痛みたいですね…その、支援をまた再開することに対して。なので、家族の不安を埋められないと、自宅ってすごく難しいなって思います。</li> <li>・お孫さんたちがいれば、入院から、そのまま退院されると3ヶ月、4ヶ月は大丈夫なんですけど、一旦老健とかに行く、入院期間含めて1年とかなるとですね、もうやっぱり、お部屋自体がないこともあるので、もう早いほうがいいのか。ショートを使ってでもお家に帰った方が、帰りやすいのかなってとは思っています。一旦期間を空けると、なかなか難しい。</li> <li>・今の傾向は、退院する時、本当に認知症の酷い方は、もうちょっと在宅に戻って受け入れるのが無理やと言われる家族さんが、以前に比べると増えてきたかなと…</li> <li>・家族さんは、入院して楽になったというんですね。家族さんとしたら、もうどうしても受け入れたくない…</li> <li>・入院までの間に大変だった、更にいろんなことができないんじゃないかと私にはとても無理ということで、在宅をあきらめる方はいらっしゃいますね。</li> <li>・一旦入院すると元の生活に戻るのがすごい不安で、家族さんの方が精神的に不安定になる人もいらっしゃいます</li> </ul>

	ね。
家族間の意見の相違があると支援の方向性が定まらなくて困る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主となる介護者と息子さんとか、キーパソンと介護者の関係が上手くいかない、介護の方向性がスムーズにいかない…</li> <li>・家族関係において、受け入れ方が千差万別なので、「お母さん帰ってくるんだ、嬉しい」って思う人と、「えー帰ってきちゃうの、困るわ」みたいな方がみえるので、そのへんは、すごく配慮しますね。</li> </ul>
入院中にADLが低下すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅生活が難しくなる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歩けた方が、もう足が弱っちゃったりとかいう方もあります。</li> <li>・入院によりADLが変わってしまうと在宅介護が難しくなりますね。</li> <li>・認知症の専門病棟は、内服調整に重さが置かれるので、どうしてもADLは低下してしまいます。</li> <li>・ADLが変わられる方が多いので、オムツになってしまったりとか、そうすると、なかなかお家の方には、オムツ交換ってことは、本当に、一回二回じゃすまないですから、一日のことで、皆さん、殆どお仕事持っているので、在宅介護は難しくなる。</li> <li>・ADLが低下して、家に帰って来ても動かなくなると、周辺症状も出てくるので、在宅介護は難しくなります。</li> <li>・長くなればなるほど、足腰も弱っちゃう…運動されてないと、やっぱり、認知面も進んじやうのかな。帰ってこられて、運動されると、少し記憶も戻ってこられるから、自分の身の回りのことができるようになって、そっちが楽なので、早く帰って来て下さいって…</li> <li>・ADLが低下して、「こんなんじゃ家でみれないから、どこか探して下さい」と、家に帰ってから、改めて言われるパターンもありますね。</li> <li>・ADLが低下して身体に触れる援助があると、なかなか大変だと思うんですよ。そうすると、やっぱり、お子さんが小さかったりとかすると、難しいのかなって…</li> <li>・肺炎とかちょっとしたことでも入院してもADLが低下して、家族は、もっと歩けるようになってから帰ってきて欲しいっていうのがあるけど、その病気がリハビリはしてもらえないとかね。そういうのもありますよね。</li> <li>・脳梗塞とか、骨折とかっていうリハビリがあるけれども、肺炎とか脱水だけではリハビリはしてもらえないので、ADLは低下します。</li> <li>・ADLの低下…そうですね、すぐ歩くというのか、歩き出してもらったりとか、だから、ふらつきがあって転倒の可能性がちょっと怖い部分でもあるんですけど…</li> </ul>
入院中に周辺症状が悪化すると退院してから家族の介護負担が増えるため在宅生活が難しくなる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院して認知症が進まれる方もあります。</li> <li>・病院では、周辺症状が悪化することがあります。</li> <li>・病院から家に帰ってみたら、「前と全然違う」と家族さんが言うことがあります。</li> <li>・病院さんによっては、特に大きな病院さんは、できるだけそういうふうにならないように、早いうちに退院の方をっていう感じで結構なんですけど、なかなかそうじゃなくて、ずるずる置くような病院もあったりして、そうすると、周辺症状が悪化してしまい困るなっていう感じで…</li> <li>・肺炎で入院して治癒しても、認知症の部分が悪化して、前よりもっと生活自体が、家族さんが支援していくのが大変になったりとかいうケースはありますね。</li> <li>・病院では、やっぱり、不穏が強くて、何ですかね、観察室みたいところで、四六時中見守りが必要になったり。誰が誰かっていう人物の認識もできてなくて、不安が強い。で、自宅に帰ったら入院する前より酷くなって帰ってこられて、ちょっと大変っていうのもあるのは、ありますね。</li> <li>・普通に帰って来られたら、認知症が以前よりもっていう方が多いので…</li> <li>・家族さんがもう、「入院してもう退院して、こんな認知症も進んでこんな大変なのにとっか探して」って感じで。もう私たちとても在宅では無理ですっていう感じでね。</li> <li>・入院中に周辺症状が悪化してしまい、家族が「私はもうみれません」ということはありますね。</li> </ul>
周辺症状のため身体的状態が良くなっていないまま自宅退院せざるを得なくなると家族の介護負担が大きい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・骨折していることが認識できないので、固定しとかなくてはいけないのに、包帯全部外してしまい治療を続けることが難しいってことはあります。</li> <li>・「もう、すぐ帰ってきちゃったの」と言っても、まだ体調が思わしくないからディを休ませますっていう方も、中にはいらっしやいます。</li> <li>・退院してきても、一ヶ月もせんうちに、また入院してしまうという感じの方もいますね。結局は、たぶん、そちらの認知症の方であんまり酷い方は、拘束されたりとか、病院で、ナースステーションとか、あういうところで。家族さんからは、もちろん治療する上でまあ仕方がないという承諾は得ているという感じなんですけど、なかなか退院やと、たぶんまた治療は必要なんやろうけど、お帰りになるというのはいは、結局はしっかり治ってないから、また逆戻りになったりとかいうのもありましたね。</li> </ul>

- ・点滴を抜いてしまったりすると、拘束されますよね、縛られたりとかね、抜かないようにとか。そうすると、なるべく早く退院して下さいという流れはありますか。
- ・周辺症状が強いため病気が良くなっていないのに退院してくることもあります。
- ・そのくらいの方だと、病院もサッと退院させますよね、だから、そんなに長い入院しないで…家族の方は24時間付き添いをさせられちゃうし。例えば骨を折って手術したとしても、本来ならここでじっくりリハするところ、リハもできない。じゃ、後はお家で養生して下さいって形で、やっぱり出されちゃう。
- ・周辺症状のため退院させられてしまい、その後、通院治療をした方がいました。認知症だし身体的にも肺炎を起こしていて、熱も出で大変なところ、車に乗せて降ろしてっていうので、その後、一週間は通って、一週間後にご本人様は症状がすごくよくなって元気になったんですけど、家族がもうばてちゃって、参っちゃって、その後、急遽ショートステイで、家族の休養のためにショートステイを利用したっていう利用者さんもいらっしゃいますね。
- ・周辺症状があつて病気が良くなっていないのに退院しなくてはいけなくて、訪問看護を入れたりとか大変なことがあります。
- ・ひどい人になると、戻ってきて2日目でまた大出血して、また入院になったりとか、そのへんは、もう医師の判断なので、在宅は可能と思って戻ってこさせられるんですけど、ちょっと早いよねっていうのはありますね。
- ・グループホームにいらっしゃる方、BPSDが酷かったり、そういう方がどうしても治療が必要で入院すると、病院側がやっぱり対応ができないとか言うので、ほんとはもう一息治療したいんだけど、「もう退院どうですか？」ということ病院から言ってきたりっていうことはあります。
- ・入院期間が短くなってきているので、身体の具合がまだ良くなっていないのに退院してしまう方はいますね、で、また入院になっちゃう。
- ・退院後、毎日ヘルパーが入れないからお弁当でいいか、でも、お弁当はまだ食べれる状態ではない。そういう場合、とっても困ります。
- ・入院中に薬の調整ができていないのに帰ってきてしまい、在宅で状態が悪化してしまったことがあります。
- ・退院後、毎日通院って人もいらっしゃいました。肺炎を起こしたんですけど、点滴は抜いちゃうし…というところで、お家に連れて帰って毎日点滴を打ちに来るようになって言われて、家族が大変…
- ・家族からすれば、認知症だけでも大変なのに、そこに、病気で入院してるのが、まだ治ってないっていうところ退院して、両方になってしまうと、どう看病していけばいいのかっていう不安はたぶん大きくなると思うので…
- ・本人さんが骨折とか、後、肺炎とかになってきた時に、病院で本当は、もっと点滴とか治療が必要なんですけど、徘徊されるんですよとかいう話が出た時は、もう家でもいいんじゃないって先生が言われて。まだ治療が必要なんじゃないですか、家族は思うのに、もう家で後は療養しなさいって言われ、入院期間が2~3日でボンと帰って来たりとかっていうパターンがありますね。
- ・一般病院に入った時には、病院から早く退院させたいっていう話があるので、そう言われると家族も「治療が必要なのに、どうして退院させるんですか？」っていうようなところとか、「家ではみれないので、どっか探して下さい」ってところで、最終的には、ショートステイとか、自宅ではやっぱり難しいとかいう家族の訴えがあります。
- ・退院して下さいと言われても、やはり家でもみれないので、「ショート探して下さい」とか、「入所探して下さい」とか…
- ・病院側は、特に急性期の病院は、その入院した病名が完治すれば、もう退院してくれっていうわけですけども、入院したついでに「ここも悪いです」って言っても、「それはこの次にしましょう」と言われてしまう…外来でやりましょうとかって言われてしまうことはあります。
- ・身体の状態が良くなっていないのに退院してしまうことがありますね、後は通院でとか…
- ・周辺症状のために退院するように言われることが多いです、「いや、そんな、まだ治ってないじゃないですか。もうちょっと入院させて下さい。」という感じで先生に言ったりとか…
- ・結局は、また悪化して入院こともありますよね。できるだけ、もう少しとは思いますが…
- ・庭の崖から落ちて救急搬送されて、治療が必要だったんですけど、暴れて、到底みれないということで、その日の夕方に戻されて大変でした…
- ・入院後、徘徊した時点で、家族に「付き添ってね」っていうか、もうそのまま「もうちょっとうちじゃ、もう看れないから退院になります」っていう形で、急遽退院させられちゃった方は、今までいらっしゃいますね。
- ・ちょっと不穏だったりすると、早く帰った方がいいんじゃないですかって帰ってこられる方が多いですね。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・周辺症状が強くなってしまったために、病院が「うちではみれません」ということは出てきます。</li> <li>・入院中も点滴を抜いてしまったりとかがあるので、早く帰って下さいという方向に行ってしまう。</li> </ul>
入院中に周辺症状が悪化したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中に周辺症状が悪化してしまって、家族が「みれません」ということはあります。</li> <li>・入院中に周辺症状が悪化して家族が自宅退院をしたくない時は、ショートステイなり、老健でワンクッション置いて、人間関係を作ってから、受け入れてもらうようにしています。</li> <li>・入院を繰り返して繰り返して、やっぱり、繰り返すごとに認知症の方が悪くなって、進行してしまっています。今はもうショートの方で様子を見るっていうふうに、折り合いをつけて、納得していただきました。</li> <li>・せん妄が激しくなってくる、入院と共に環境が変わって、輪をかけて変なことを言うとか、ベッドから降りようとするとかね、歩けると思って、どこかに行こうとするとか、入院中にはそういう状態が出てくると家族はもう家ではみれませんか…</li> <li>・入院されて、認知症もちよっと進まれて、意欲的にも落ちられると、なかなか在宅へ帰れない状態になると、家族さんは、お家でみれないと施設入所っていう、もうやっぱり、どうしても、そこへ行ってしまおう。家族さんがお家では、今の状態では、やっぱりお仕事持ってみるので、オムツ交換ができない、サービスを使っても難しい。やはり、施設っていうご希望があるので、そうすると、どうしても、それでも在宅で頑張ってくださいっていうのは家族さんのことと思うとね、ちょっと厳しいところもあるので、施設を探させてもらったり…</li> <li>・入院中におかしくなると、これじゃちよっとという家族の方がいますね。</li> </ul>
入院中にADLが低下したことにより家族が自宅退院に困難感を示すと退院後の方向性が定まらない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大腿骨の骨折とかだったら、どうしてもADLが響いてきますよね、認知症の方が転んだりして、ADLが変わると、家では無理って言われることがありますね。</li> <li>・入院するとADLの低下っていうのも多少出てきたりしますよね。ですので、家では無理って言われる方がいらっしやいますね。</li> <li>・病院に入ると、やっぱり下肢筋力の低下も多くって車椅子移動が主になるので、どうしても一人での歩行が難しくなった。家族の中では、やっぱり何とか一人で歩行してくれないと在宅では受け入れができない、でも病院は、もう三ヶ月がくるから、薬の調整もほぼ完了したので、退院して欲しいっていう。でも家族さんは難しいって。もう考えられるところは施設入所か、まあロングショートとかっていう説得になってくると思うんですけど、家族さん、もちろん私もリハビリをしてから在宅へ帰った方が、今すぐ在宅へ帰ると、確かに厳しいなと思ったので、老健さんの方を探して、空気がたまたまあったので、三ヶ月後には必ず退所ということを約束の上で、退院後すぐに老健さんに入っていたいただくことになったんです。</li> </ul>
家族の在宅に受け入れる気持ちが整わないまま自宅退院すると家族の精神的な負担が大きい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族が今後の生活に不安になっているところに、更に、急に「退院して下さい」といわれることがあります。</li> <li>・家族が在宅に受け入れる気持ちが整っていないのに、帰ってこられることがあります。</li> <li>・もう少し置いてもらえないでしょうかって病院にアピールしたんですが退院して、その後、みれないので、何とかショートステイでも少し置いてもらえませんかっていうのはありますね。</li> <li>・病院の方では、もう、こういう状態なので…ウロウロしちゃってるから、お家に帰ってって言われて、家族の方は、病院だってみれない状態なのに、家でみられるのかなっていう不安は、もともとも強くなっちゃいますよね。それで、結局は、どこまでしてあげればいいのか、どういった介護をしてあげればいいのか分からないまま、一生懸命やってしまうために、余計、家族の方が参って倒れてしまうっていうのもあるのかなって…</li> </ul>
入院期間が短いため退院後のサービス調整が間に合わないことがある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院によっては割りと早いんですよ、かなり早く出すから準備がととのわないことがあります。</li> <li>・入院期間が短くてサービス調整が間に合わず、入れるところから入っていくみたいなことはありますね。</li> <li>・準備が整わないで困ったことがあります。もう急いで、本人がどういう人か分からないままに、とりあえず最低限入れておきましょうみたいなことが起こりますね。</li> <li>・退院までの期間が短い場合、退院を伸ばしてくれるところもありますけど、結局あれってお金が変わっちゃうから難しい…</li> <li>・退院までの間が短かったりすると、在宅の準備が整わないことがあります。</li> <li>・退院までの間が短くて、いざ退院が決まってもサービスが整わないことがありますね。</li> <li>・看護師さんから、現在入院中の処置をそのまま家に持って帰ってしなくちゃ、その生命のところは厳しいですよって言われれば、それをそのまま在宅に持ってくるためには、そんな医療ニーズの訪問看護とか訪問診療とか揃えなくちゃいけない。受ける側としては、この人の状況を全部、把握しなくちゃいけない、そのためには情報をこと細かくっていう、その時間がない時が、もう急な時っていうのは、すごく大変です。</li> <li>・カンファレンスというか、経過報告と呼ばれて、でもこっちのサービス調整が間に合わないまま、帰ってからも、もう仕方ないので、それぞれ事業所さんと一緒に自宅の方に行ってもらって、今の状態を見てもらってっていうような形になる時もある。だから、なかなかそういう、すぐに本当は退院と同時にサービスが入ればいい</li> </ul>

	<p>んですけど、それが間に合わない場合も出てきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅の準備が整わないまま在宅に帰って来ると、家族が相当お疲れになっている場合がありますね。そういう場合は、サービスを増やしていきます。</li> <li>・何とかサービス調整をしたりとかしちゃうので、でも、「え、もう退院しちゃうの？」っていうのはありますね。</li> <li>・退院までの期間が短くて、サービスの調整が整わないことはありますね。</li> <li>・救急で行ったりとかすると、もう救急であったからということで、じゃこの後、訪問看護を入れたいと言っても、「や、うちは救急で対応しただけだから元の先生に」っていう感じはありますね…</li> <li>・退院までの期間が短くても、皆さん何とか一生懸命調整して下さいますが…</li> <li>・退院までの期間が短くてサービス調整ができないと、家族が大変になっちゃいますね。</li> <li>・退院までの期間が短いのでサービス調整が間に合わない時は、とりあえず見切り発車という形になっちゃいます。退院してからサービスを整えますが、その間は家族が大変です。</li> <li>・福祉用具を入れるのに、もう本当に、今日の明日、退院するって方がみえて、福祉用具の事業者さんが倉庫を持っているんです、大きな事業者さんだと、すぐに入れて下さるんですけど、たまたま倉庫を持っていないと、日数がかかる事業者さんの場合に、ちょっと困りますよね。</li> <li>・退院までの間が短い時は、整わない状態で、整ったところからサービスを入れていきますが、そうすると家族が大変になってしまいますね。</li> <li>・認知のある方で骨折とかついでという、やっぱり、退院が早いです。病院は、急性期ということもあって、当然、期間はあるんですけど、退院が早かったりすると、なかなか受け入れができない状態で、段取りを組むのに大変なことはありますね。</li> <li>・施設は空いてないからですね、あの、まあ入れることは殆どないので、そこまでの支援をどうしていこうかっていう話を、まあ、させていただく感じですね…</li> <li>・本当の新規の方だとサービス調整は大変ですよ。</li> <li>・退院がものすごく早くて、ベッドどんどん回されちゃうんで、長く置いといてくれないですよ。なんか急にね退院が早くなっちゃって、全体に、どこも早いですよね、整形でも、内科でも、何でも早く帰しちゃう。</li> <li>・なんか早いですよね。早いうちにカンファレンスをしなくてはいけないのと、必要なものを施設が用意しなくてはいけないですよ。福祉用具とか、医療機器が必要な人は、そういったサービスの導入だとか、後、訪問診療をどうしてもやっぱり必要な人は出てくるだろうから、訪問診療と訪問看護は、どんどん入れていかないといけないから大変です…</li> <li>・入院期間が短いのでサービスが間に合いません。また、病院に入院しているのに申請をしていなかったりとか、申請したばかりだとかで暫定プランになると、また大変なことになる。そういう時は、入れるサービスから入っていく。</li> </ul>
<p>入院中にADLが低下してしまうと退院後のサービス調整に苦労する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中にADLが低下してしまうと、元々使っていたサービス事業者の受入れが難しくなってしまうことがあります。あんまりADLが変わってしまうとか。その場合、新しくサービス事業者を探さなくてはいけなくなります。</li> <li>・ADLが低下しちゃって、前は自立で歩行できたんだけど、もう今は車椅子じゃないとダメっていうことで、結局、ディサービスなんかでも車椅子利用する方はある程度人数が限られていますので、送迎でも…そういう場合、ちょっと対応できませんって言われる場合がありますね。</li> <li>・大きくサービスを変えなくてはいけない状況が出てきますね。</li> </ul>
<p>入院中に周辺症状が悪化してしまうと退院後のサービス調整に苦労する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所さん側も状態落ち着いている人を受けたいと、やっぱり思われるので、この辺、事業者さんが受け入れるラインが、どの辺なのかっていうところは、再開すぐにできるのかっていうところは確認しないとイケないかなと思います。</li> <li>・入院中の周辺症状の悪化により、サービス利用が難しくなることは多いです。それで、ロングショートを探したりとか、後、ディとお泊りをセットにしながら、ここまでは家族が…家族がどのへんまで、介護力があるのかとかっていうところなので、そこを踏まえて、まず、施設は空いてないからですね、支援をどうしていこうかっていう話をさせていただき感じですね。</li> <li>・入院中に周辺症状が強くなってしまい、帰ってきたら困ることがあります。そういう時は、今までよりはサービスを増やしたり、そういう形で対応しています。</li> <li>・入院中に周辺症状が悪化してサービスの受入れが難しくなった時は、ひたすら探す。探して走り回らなくてはならないという感じです。</li> <li>・入院中に周辺症状が悪化すると、ちょっとサービスを多少は増やして、落ち着くまで、例えばヘルパーさん多く</li> </ul>

	<p>入ったり、看護師さん多く入ったりとかして、本人が落ち着くまで、そこで様子を見るとか、なるべく家族の負担にならないようにします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中に周辺症状が悪化した時は、サービスを増やしますね。ショートステイが増えるかもしれません。</li> <li>・入院中に症状が悪化しても、何とかしますけど、本当に困りますね、何とかはします。でも結局、それって最終的に本人が犠牲になってしまう。結局、受けてくれるところまでってみたいになってしまうので、本人に合うかどうかという相性も全く関係なくなってしまうので、しわ寄せは本人に行きますよね。</li> <li>・入院中に周辺症状が強くなってしまって、受け入れてくれるサービス事業者が見つからないことは、何件かありましたね。</li> <li>・入院中に周辺症状が悪化すと自宅退院できなくなっちゃう。そういう時は、老健さん探したり、どこか違うところに行ってもらおうようになっちゃいますね。</li> <li>・入院中に周辺症状が悪化すると、いざ退院しようと思ったらサービスが導入できないとか、場合によっては出てきますね。慌てますよね、家族も突然で訳がわからない、家族も全然何をしたいかわからないし、ということは起きますね。そして、いざ退院したら家族が大変になっちゃう…</li> <li>・まず、病院のソーシャルワーカーさんにこちらの様子をお話して、「今は無理なんです」みたいなことを話すんですが、そこで相談をして…。後は、施設ですね、在宅が無理であれば施設の方と相談したり…</li> </ul>
<p>急に退院が決まると在宅でのサービス調整に苦労する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急に退院が決まると、在宅に帰ってからのサービス調整が間に合わなかったりします。</li> <li>・ある日突然があるのは、ご家族が、もう、勝手に退院させちゃうっていう、そういうことはあります。</li> <li>・急な退院の場合、大手の倉庫持っているようなところ、すぐ二つ返事で動いて下さるんですけど、小さいところの福祉用具さんだと、これから注文してっていうことですので、間に合いませんね。訪問看護さんが入る場合は、資源として少ないので、ちょっと困る場合はありますね。</li> <li>・本当に前触れもなく退院って言ってこられる方が、まれにいらっしゃるので、その時だけでですね、困るのは。</li> <li>・急性期の病院、まず退院日を伸ばしてもらうのは無理ですね、向こうから退院日、切ってきますので。そういう時って、ちょっと、あまり急だと慌ててしまうことがあるんですけど…</li> <li>・入院した後、「退院しました」という電話をもらうことは多々あります。</li> <li>・退院調整が決まってから依頼があった件で、もう退院が決まって、早急に在宅の支援をしていかなくてはいけないという方で、急に包括さんの方に連絡があって、お家の方にご訪問させてもらったということがあります。</li> <li>・すぐにお家じゃ困ると、ショートステイを取って欲しいと言われた時に、じゃ明日か明後日って言われると調整が、すぐに空いているところを見つけるのはとても大変ですね。</li> <li>・急に退院した時はですね、本当に家族がこれでみれるのかっていうところは、確認をしないといけないので、みれるんだったら繋ぐんですけど、それができない場合、じゃ、どこか探せるのか、ショートも明日から空いてるわけじゃないので、そこまで入院を伸ばせますかとかですね、病院側に言ったりとかっていうこともあるかなって思いますね。</li> <li>・もう病院に居たくないの、急に帰るっていうのはありますね。</li> <li>・急な退院とかいわれますと、前もって教えていただければ、ちょっとカンファレンスお願いしたいんですけどって、頼まさせていただきますと、聞いていただけたところはあるんですけど、それがなくて…</li> <li>・急な退院で自宅に帰れない時は、ショートが見つかるまで待ってもらうとか、療養型の病院を探していただけませんかという感じですね。</li> <li>・夜間、看護師さん、手数がいるじゃないですか、夜勤が少ないので、そうすると、その人に見守りが必要になると、家族さんに来て欲しいとか、退院早めにしていただけないでしょうか、というのは実際ありました。そんな時は、家族さんも、家に戻ってきても困るっていうのがあると、ショートステイの受け入れ先とか、そういうのは探すんですけど、そういう方は入院する時に、ナースステーションなんかで、早めに言っていただかないと調整できないと伝えます。</li> <li>・退院ね、急に決まっちゃうことがあるんですよ。</li> <li>・急に退院しちゃうことは結構ありますね。どうしてもありますね。</li> <li>・また、同じサービスを使った方がいいので、デイサービスにも入院期間とかを、先生に聞いてきて、入院期間がこれくらいだからと言って、そこを空けておいてもらうとかですね。そうすれば、すぐ利用できるの、そこまでケアマネが動けば大丈夫かな。</li> </ul>
<p>認知症で医療処置が必要な人は退院後に受け入</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一回グループホームにお願いした時も、常時看護師がいなくて言われましたね。低血糖に気づかないとかになるから、うちではって…</li> <li>・インスリン注射が必要だったりすると、施設の入力ができない。</li> </ul>



れてくれるサービス事業者を見つけるのが難しい

- ・医療頻度の高い人たちはですね、在宅酸素を使ってる方、後、インスリンが、今一番困ってるところで、まあそれは先生にお願いしに行き、インスリンの回数がですね、一日一回とか二回であれば受け入れるショートあるんですけど、こっちで実際インスリン打つって言うことがですね、「本人さんが打てればいいよ」って言われるんですけど、なかなかですね、打つ行為はできても、単位数を合わせられないとか、理解がないとかになるので、今はインスリンが困ってるかな…
- ・インスリンの場合、一日一回やったら、朝打って、通所では大丈夫ってところもあるんですけど、ショート施設では、一泊二日とかするので、必ず職員が打たなくてはいけませんので、特養に関しては殆どダメって言われるんですね。で、老健になってしまうけど、老健も、胃ろうの人は何人おったり、チューブの人が何人おったりとかあると、夜勤看護師が一人なので、この期間は無理です、今やったらいいですよとかいうのはあります…
- ・医療ニーズがある方で、受け入れが整っていない方が困ります。
- ・気管切開、吸引、吸入等、医療頻度が高くなってくると難しいかな…

<p>退院カンファレンスにケアマネジャーが呼ばれないまま退院してしまうと在宅でのサービス調整に苦労する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中の退院カンファレンスは、あるところとないところがあります。</li> <li>・退院カンファレンスに呼んでももらえない時は、ご家族から「退院しました」と連絡がきちやう。</li> <li>・退院カンファレンスがあるとないのでは、退院後の調整がかなり違ってきます。</li> <li>・退院カンファレンスがなくて、いきなり「明日退院します」とかがあります。</li> <li>・いきなり、「いつ退院します」という連絡が来ることがあります。</li> <li>・本当に、退院日の朝に電話がかかってきたこともありまして、一番酷いのは退院の、全然何にも知らされてなくて、病院では大変やっというのもあって、で、退院を言われて、まあ強制退院みたいな感じで、家族さんが慌てふためいて…</li> <li>・退院カンファレンスをしてくれる病院もあれば、もう知らないうちに帰って来ているという感じのこともあります。</li> <li>・肺炎とかだったら、治療が長くない時間に関しては、退院カンファレンスはなく、もう「退院してきました」って言われるパターンもあります。</li> <li>・認知症の方で、あまり、退院カンファレンスに参加したことは、認知症対応の病院ではありますけど、一般病棟では、治療が終わったので、状態がそう変わってなければ、退院ですっていう場合も…</li> <li>・カンファレンスにもなかなか看護師さん呼んで下さらないともありますね。</li> <li>・例えば、熱中症で入院したとか、そういう場合は、本当に何日かで帰りますから、そもそも退院カンファレンスはないですよ。</li> <li>・いきなりっていうか、確かに短い時は、本当にいきなりだし、そもそも連絡もないですけどね。必要な時は、何の連絡もなく、「今度退院ですよ」って言われることは、ありますね。ただ、やっぱり変わらない状況とかということがありますが、本当に変わっている時には連絡ありますね。</li> <li>・急性期病院は、なかなか病院側が在宅に帰すっていう意識が、たぶん、まだ低いんですね。だいぶ浸透はしてきましたけど、退院時カンファレンスを開くという意識が、病院はちょっと低いです。ですので、私たち、当たり前前に「今日退院します」という連絡がきたりとか、カンファレンスなしですって、酷いときは、「退院しました」とか。病院からもこなくて、ご家族に「最近どうですか、調子は、入院されてて？」って言ったら、「いや、もう帰ってきてますよ」とか、私たちが問い合わせで家族から聞いたりとかいうこともあります。</li> <li>・家族の方が、もう日曜日だからすぐ帰しますとか、病院からの連絡なしにあったりはします。</li> <li>・病院の方から、退院の時のカンファレンスに呼ばれないとかいうことがあります。</li> <li>・退院カンファレンスがないまま退院してることがありましたが、ここ1年くらいはそういうカンファレンスを開くのが多くなってきました。</li> <li>・退院カンファレンスってお医者さんが必要としないとやらないんですよ、なので、在宅との連携をとった方がいいって思っているお医者さんがどれだけいるかで違うみたいですね。</li> <li>・やっぱり退院のカンファレンスは必ず開いて欲しいなって思いますね…</li> <li>・入院して、また帰られるって時に、一応、こちらの方としても、退院時にまたお知らせ下さいっていうのは連絡させてはいただくんですけど、家族さんと退院を決めてしまっって、なかなかカンファレンスがないっていう場合はあります。家族さんが、もしあれだったら日曜日に退院しますって、金曜日くらいに電話かかってきたりするんです。そうすると、もう、カンファレンスができなかったりするんです。</li> <li>・その時は、退院カンファレンスは当然あるものとみんな思ってた。訪看さんとカヘルパーさんも、「あれば行きますよ」って言ってたんですけど…</li> <li>・状況が変わったからカンファレンスをするって思ってたら、病院からは「いや、うちは機械の使い方を説明するだけですから」みたいな感じで…</li> <li>・退院カンファレンスに呼んでももらえないことは、場合によってはありますよね。</li> <li>・退院カンファレンスに呼んでももらえないことはしょっちゅうです。</li> <li>・病院の方でも、認識というか、カンファレンスをやる意味というところが、あの…理解できてない方もいらっしゃるのかなって…</li> <li>・カンファレンスが終わっちゃった後に、「いついもう退院が決まりました。後は、よろしく願います。」って連絡が入る場合もありますし、全くなくて、帰って来たら、ご本人から「退院してきた」という連絡もありますし…</li> <li>・退院カンファレンスに呼ばれないのは減多にないですが、たまにあります。</li> <li>・退院カンファレンスがないところもありますね。</li> <li>・退院カンファレンスに呼んでももらえずに退院してしまうこともありますね。</li> </ul>
<p>急に退院が決ま</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中の情報収集は、時間もとられますし、入院されている間に何回も行かなくてははいけません、必</li> </ul>

<p>ると病院から入院中の情報を得るのが大変である</p>	<p>要だと思えます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院からの情報が不足していることもあります。基本、言わないと情報はくれないので…</li> <li>・入院中の情報を取るために、相談員と連携は取んですけど、でも相談員も全然分からない。結局、お医者さんが退院日とかを決めるので、それで分からないと、看護師さんに聞いてもらったりとか…どういふ感じでした？とか、看護師さんに聞いたり、後は家族に聞いたりします。</li> </ul>
<p>病院の医療職の介護保険制度に対する理解が乏しいと連携が取りにくい</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師からの指示で、在宅ではこうして下さいという支持があるんですけども、それはヘルパーができないことだったりとか、そういうことがヘルパーがしては医療行為に当たることとか、こういうものはいいんだけど、こういうものはできないんですよっていうこととか、後、単位数のこととか分かってないので、これとこれとこれをやって下さいと、そういうことをおっしゃられた時は困ります。</li> <li>・それが病院側だけ、病院の方だと、もうまるっきり症状のみだけで、「あ、リハビリ必要だね」だとか、うん、「看護師さん入れて」だとか、通所もそういうリハビリの「ディケア行って」とかっていうんだけど、そこじやないなって思うことがあります…</li> </ul>
<p>病院が退院後の生活まで考えたケアをしてくれないので、在宅に退院してからケアが大変である</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院中で、物忘れとかの認知症があるっていうのは、入院している時は、看護師さんから薬をもらったりとか、十分に病院では生活できるんですけど、やはり、お一人で、お家へ帰られて一人暮らしになった時に、ちょっと大変な部分、薬が飲めないとか、ご飯が作れないとかいう大変な部分が出てくる。たぶん、入院している時には、少々認知があっても、生活できていくんですけど、自宅へ帰るとなると、ちょっと難しい部分があって、そこらへんの部分の把握ができない、病院の方でも把握ができない部分があるので帰ってからがちょっと大変…</li> <li>・病院が家族の状態まで気を遣って下さらないので、ちょっと困ったことがあります。</li> <li>・ご家族様の体調が戻らないまま退院の日が決まって、肩が思うように動かないのに、帰って来てしまって、結局、精神的に、だんだんだんだん、家でみれなくなってきたっていうふうな方がみえて、この方は、元々家でみるというふうな気持ちでみえたんですけど、たとえ二週間でも、もう入院してしまったら下肢筋力の方が、低下してきてということになると、全て、いい方向に向かわなくなって、お手上げ状態…</li> <li>・退院後、入院前とそんなに変わらない場合は、家族さんも、それなりに受け入れはいいんですけど、ちょっと状況が変わってたりすると、家族さんも大丈夫かしらと身構えてしまう。そこらへんも、家族への教育っていうか、そういうことを、アドバイスしていただければ、退院時に心強いんじゃないかなとは思います。</li> <li>・病院の方から、こういう場合は、こういうふうにお話したり、こういう行動で対応したら落ち着かれますよとか、アドバイスがあれば、助かるんじゃないかなと。家族様は、やっぱり、分からないことが多いですよ…</li> <li>・入院されている方が退院するに当たって、病院側は、病院の中での状態…本当にバリアフリーで広いところで…での状態しか見てないっていうのと、なかなかその先の在宅の環境としてはどうなのかっていうところまでは見てないので、そのあたりで、やっぱり食い違ふことってありますよね。こちらは、お家に帰ってからの、お家の環境に合わせた動きだとか、後、家族構成による違いによつてのサービスの導入だったりとかいうところがあるんですけど。</li> <li>・退院する時に、病院の方でも、看護師さんの数が少なかったりとか、他の患者さんがいるってところでの、みれないことは分かるんですけど、お家で、じゃどういった対応をしていけばいいのとか、っていうところを、もう少し指導してもらえると助かるかなと思います。</li> <li>・大きい病院とか、大学病院とかだと、一人暮らしで家族はそんなにしょっちゅう居るわけではない方が治療を受けて帰って来た時に、あんまり大きい病院だと、いちいち、どこまでケースワーカーさんとか、MSWの人が関わって、家族がちゃんとしてるからっていうことになってくると…</li> <li>・インスリンの変わりに内服になるのかとか、そこらへんのところで、イメージとして病院側が、このまま処置はしなくても在宅では大丈夫っていう、ある程度退院の時期のスケジュールの中で、こうもっていただくと、そしてイメージの在宅で、そして家族構成の、この方というところ、この方やったらできるのではないやろかってところを入院中に私たちも呼ばれてもいいので、していただくとすごく助かります。</li> <li>・入院中は、本当に、問題なく病院生活が送れて、物忘れ程度ですって感じでした。でも、お家へ帰って一人になると、ちょっと大変。一人では、やっぱ無理な部分、お家へ帰ってみないと分からない部分、ありましたよね。</li> </ul>
<p>病院とケアマネジャーとの間に</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご家族とかご本人さんは、病院の先生に言われたこと、看護師さんに言われたことっていう影響力って、すごく大きいんですよ。だから、お家に帰ってきて、私たちが、それも必要だけど、まずはこっちからだよねって言</li> </ul>

<p>退院支援の方針の相違があると調整に苦勞する</p>	<p>っても聞き入れないという場合があります。「でも先生が言ったから、やらなくちゃならないの」って、福祉用具もそうなんですけど、お家に合わせた福祉用具はこっちなんだけど、病院で使ってるのはこっち。先生もこれって、「じゃお家帰っても使ってね」って言われたら、もうそうなっちゃうんですね。でも、ここのお家だとこっちの方がいいよねって言っても、「いや、先生が言ったから」っていう形になる場合も…というところでの食い違いはあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院と在宅は、その患者さんと利用者さんを見る視点が違うだと割り切って、病院はどうしても救命をする、処置を施すっていう治療的な見地から患者さんとして、庇護すべき立場として見てしまう機関だし、私たちが在宅は、この人が主役の、この人を何とか支援していく、周りから援助するっていう立場なので、当然、視点の違いっていうのはあるなと思っています。ただ、それがよしとは思っていません。お互いがもうちょっと、お互いの立場を、もう少し理解しないと、言語の違いも感じますので、そこらへんは埋まらないのかなと、特に常日頃思っています。</li> <li>・主治医の先生は、もう在宅は難しいだろうっていうことで言われてるけれども、お二人暮らしで、息子さんの方は、まだまだ最終手段としたいということで、思っていらっしゃって、その中に、ソーシャルワーカーさんも入っていただいたんですけど、やっぱり在宅でっていう気持ちが強くて、あの、意見の食い違いが、専門的なところからの食い違いの中に、あなたにちょっと入って調整して欲しいっていうことで…</li> <li>・医療と福祉って見方が全然違うので、本当はその中間を取るのが、私、一番いいのかなって思うんですけど、本当に見方が違うなって思いますね。それが良さでもあると思うんですけどね…お互い、それで補えるのが一番いいと思うんですけど。</li> <li>・結構、お医者さんと看護師さんは強く出ることがある。何かこう、これをやらなくては命に関わるみたいな。</li> <li>・医療機関との間は、それはお医者さんもそうですし看護師さんもそうかもしれないですけど、支援方針の違いは出てきますね。</li> <li>・食い違いっていうのは、医療関係の方だったら、在宅に帰られた場合、そのままの部分をしなければ…極端な場合、インスリンです。インスリンは病院だとできますよね。そこらへんが、とても目が見えない介護者であったりとかする場合とかです…</li> </ul>
<p>病院との間の情報交換に苦勞する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院のときとかです、回診の時間に合わせていけば先生には会えるんですが…</li> <li>・本人さんが、立とうとされるのって、「徘徊だ」って病院側は言ってしまう。私がそうでしたので、病院にいる時は、本人さんはトイレに行きたいだけとか、こういう時、立たれますよとか、でもこういうふうには声かけしてはったら戻れますよとか、できればそれは、誰のためって、自分が帰って来た時、大変なんです。退院してこられて、もう家で落ち着きがなくなると、もっと大変になるので、それは伝えるようにしています。</li> <li>・入院していらっしゃるのに、こっちの情報を伝えてないと、病院が忙しいので、在院日数が短い。そろそろこの人退院して、退院カンファレンスして、この人ケアマネ付いとったということになると思うので、しっかり自分の存在を入院の時に言っとくと、退院の時には、必ず呼んで下さるんだけど、何となく、軽く情報だけ持っていったとか、病棟の看護師に合っていないとかだと、やっぱり忘れられていることがあるので、情報を持っていっておけば必ず呼んでもらえます。</li> <li>・ソーシャルワーカーが、一般的だと思います、地域では、病棟で、看護師さんと言語が食い違って、福祉系上りのケアマネジャーだと、何を言われているのかよく理解できないので、このへんで看護サマリーを下さいとか、文書で下さいとかってケアマネジャーが向こうに労力を求めてしまうんですね、そうすると、めんどくさいみたいなことを病院側が思ってしまうので、それは止めましょうと、その中で病院側の忙しい時間、午前中ですとか、ちゃんと病院側が受け入れやすい時間帯にソーシャルワーカーを通じて都合を聞いたりして行くべきですよって…</li> <li>・情報交換は、ステーションに行くこともあります、ご本人の面会のついでに行くこともあります。</li> <li>・情報は、こちらから取りに行きます。こちらからあえて入院中の情報をお渡しして、ケアマネジャーが「ここだ」っていうのをお願いして、ソーシャルワーカーを通じてです…</li> <li>・急性期の骨折とか肺炎であるとかで入院して…急性期の看護師は、私も、元、看護師だったんですけど、認知症知らないで、入院されて、大体早めに、やっぱり医療連携で、こうゆうふうなところは怒られるけど、こうゆうふうなところは怒られない、耳が聞こえないので急に話しかけられたら困るっていう情報はですね、持って行きます。そうすると、割とうまくいく場合が多いかな…</li> <li>・病院によっては、病棟の看護師さんに持っていき、直接お会いするとか、ワーカーさんを通して。耳が聞こえなくて、あの両方耳が聞こえなくて、右側だけ聞こえないとか言われる人とかは、左から触ってあげると、払いのけはないんだけど、看護師さんたち、それ知らないで、熱を測ろうとしてこう触った瞬間に「ワーっと」なる</li> </ul>

	<p>と、もうそれが不穏であると言われるので、そこらへん分かる人に関しては、もう入院で点滴して、ベッドから動けない十字帯でも、少し不穏になってこられるので、分かっている状況は伝えておきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・脳梗塞を起こして入院されて、新たにこれからサービスを定めるっていう時は、こちらから、やっぱり、無理言っても、ちょっと、開かせていただいて、調整の方はするようにはしてるんですけど。</li> <li>・入院中から「ここまでのADLを維持してくれないと退院先がありません。家に帰ってこれません。」というのは、在宅での様子を私たちが病院に提供する時に、お願いしています。最低限、ここをキープしていただかないと、在宅では無理です、生活が無理ですって言っているのです、そこを、もうちゃんと、私たちが伝えることができていれば、リハビリを早めに始めてくれるので…</li> <li>・病院によってなんですけど、すごい積極的に電話をかけて下さる病院もありますし、なかなかこちらから言わないと、あの、教えて下さらないこともあります。</li> <li>・大きな病院は医者を直接捕まえて対応するのは難しいので、相談員から情報をもらうようにしています。</li> <li>・退院カンファレンスに出席しても、医療職の言っていることが分からない時があります。それで、帰ってきて看護師に聞く。何でそこで聞いてこないかっていうと、「忙しそう」とかですね。そういうのがあるので、立場立場で、何か分からないことがあればこっちも聞けばいいんだけど、向こうからすれば、分かっているって思っているし、こっちからすれば、忙しそうだって、そこが上手くですね、何か繋がれば上手いくのかなとか思いません。</li> <li>・退院カンファレンスに出ても、看護師さんたちが言っていることが専門用語だと分からない。</li> <li>・退院カンファレンスで在宅酸素が必要って言われると、何か看護師さん忙しそうだし、ここで時間とたっらいけないかなとか思って聞き出せないことがあるので、何かこう、看護師さんたちの中では、ケアマネさんで何でも知ってる人って思っているところがあるので、専門用語じゃないところで、もうちょっと細かく家族に説明してもらえとうまくいくのかなって…</li> <li>・退院カンファレンスが病院の人たち中心に進んでしまい、ホームとアウェイみたいになっちゃう部分はあります。</li> <li>・退院カンファレンスは、殆ど医療側中心に進みます…</li> <li>・主治医の先生となかなか会えない、連絡がとれない。</li> <li>・特に大学病院は、主治医との連絡調整はなかなか…</li> </ul>
<p>病院側の意向で退院先が決まってしまうことがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院側もはっきり言ってこの時期っていう、もう日程をきめちゃう感じで動かさない。</li> <li>・家族が大変だろうから、病院側が老健、老健と…</li> <li>・家族は生活ができなくなって、病院の意向で夫婦で一人は特養一人は老健に入って、それぞれ3年くらい経って別々の特養に入りました。</li> <li>・すぐ出す病院と、ちょっと症状が落ち着くまで待つて下さる病院と、後、退院支援に関わるソーシャルワーカーさん、病院によって、どこもそうなんですけど、関わって下さる内容が違うんですね、ソーシャルワーカーさんによって。何ていうんですかね、病院のソーシャルワーカーさんで、転院ばかり勧める方もいます…</li> <li>・大腿骨骨折の人がいて、まだオペもしないうちに病院側で退院後の方向性、在宅での過ごし方を決めたいということがありました。オペ後どうなるかわからないのに…</li> </ul>
<p>認知症の人の在宅生活を支援するための介護保険制度のサービス量が不足している</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療的なことができる中間施設が少ない。</li> <li>・医療処置ができるショートスティがないです。</li> <li>・老健が中間施設としての役割を果たしてないです。</li> <li>・使えるサービスを増やして欲しい…</li> <li>・やっぱり、家族の方の理解であったり、その必要のところのフォローをするには、適切なサービスが、量や内容共に足りないってところでしょうかね。</li> <li>・経済的に大丈夫でもう施設がいいっていう場合には、グループホームを紹介しますし、でも、ダメといえばダメなんですけど、空きのあることもあります。</li> <li>・退院が早すぎるので、在宅の迎え入れの状態がまだ出来上がらないうちに、もう退院して下さいって言って出されてしまう。途中の、病院からお家に戻るまでの間の老健とかそういうところに入ってから…ワンクッション置いてから戻るのであればいいかなって思うんですが…</li> <li>・地域のサービスをもっと増やす。退院して、いきなり在宅ではなくって、どこかワンクッション置ける、そういう場所がないので、そういうところがあると在宅も整えやすい。</li> <li>・入所できるまでは、特養のロングショートというパターンでした。</li> <li>・困っているところは、その行かない日のところっていうのは、昼真っからのところなんかはないだろうか…</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・そういう場合は小規模多機能の方にご紹介はさせていただいています。ただ、小規模多機能も、一杯で、すぐには入れない状況なので、やっぱり結局は家族の負担になってる。介護保険スタート時の、家族の負担なくても一人で暮らしていけるっていうのには程遠い状態になってますね。</li> <li>・サービスが量と種類共に不足しています。</li> <li>・軽い認知症の方が、見守っていただけるような、別に朝から晩までいて、お風呂も食事の世話もして欲しいわけではなく、ちょっと行って、話ができる、姿が見えないとちょっと家庭訪問に来てくれるような、別に専門職でなくていいと思うんです。そういう気軽に使えるような…</li> <li>・認知症専門のディサービスが足りないと思います。認知症じゃなくて利用されている人もかわいそうだしっていうか、認知症の方も、ポンと言われることに傷つかれたりもされたりするので、ちょっと区別があるといいのかなとは思いますが。</li> <li>・時間を決めてこれを手伝えれば済むっていう話ではないので、見守りが必要ってところをね…介護保険で見守り。でも、在宅で見守りだけをしてくれるところがないので、そのへんがあればと思うけど。</li> </ul>
<p>認知症の人の在宅生活を支援するためのインフォーマルなサービスが不足している</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一番困っているのが、ゴミの分別とか出したりするのがなかなかできなくて。</li> <li>・そうやってきた時に、やっぱり使えるサービスが限られてるしってところが、悩むところですね。</li> <li>・配食サービスは、この事業、週に2回しかしていただけませんので、そのへんは、必要な人は週2回食べればいって話ではないです。で、何で週に2回なんだろうとは思いますがね。</li> <li>・ボランティアで何とかしようっていう発想が、そもそもなかったですね、言われてみればそういうものがあつたら助かるなとは思いますが…</li> <li>・認知症の方で、やっぱり徘徊が困ると思うので、徘徊に関しての、そういった見守りボランティアじゃないですけど、ちょっと一緒に散歩出してくれるとかっていうのがあるといいのかもしれないですね。</li> <li>・動く方は、やっぱりずっと24時間、ご家族が見てるってことはまず無理なので、そういったところで何か、ちょっとお話し相手になってくれるとか、ちょっとお散歩と一緒にいって行ってくれるとかっていうサービスがあるといいかもしれないですね。</li> <li>・昔、介護保険が始まったばかりの頃って、見守りで3時間も4時間も、結構やりましたよね、でも、それがダメになって。どうなんでしょう…それができれば一番いいですけどね。ご本人も、自分の家なら安心してゆったり過ごしていらっやいますし。</li> <li>・どうしてもディに行きたくないという方もみえますので、見守りボランティアとかちょっと話し相手とかあれば…</li> <li>・インフォーマルな、もう少し、有料の、高いところではなくって、もうちょっと、年金の方が利用しやすいところが、もう少しできると。情報を取るに当たっても、やっぱり、折り合いがつかなくて…</li> <li>・介護保険でも賄えないところ、ちょっと見守りのぞいていただくとか、どっか行っちゃってないかなとか、話し相手であるとかですかね。で、何かをしていただくっていうのではないんですけども、ちょっと関わりを持っていただけたらなと思います。</li> <li>・配食サービスは田舎のほうは全然来ていただけないので、配食サービスがあると、認知の方でも一人暮らしができる方も見えるんですね。日頃やってたことだからっていうか…でも、だんだん調理ができなくなってくると配食サービス頼みたいんですけど、来てくれるところがなかったり、買い物だけでもってというのがなかったり。</li> <li>・ちょっとした通院に乗せてってくれるようなボランティアとまではいかないまでも、何か、そういうサービスがあつたらいいかなとか、後、ゴミだしとか…</li> <li>・独居の方に関しては、配食サービスがあるんですけど、昼か夜かしかかないんですね。ということは、一回しか利用できないってことで、後、三食あるうちの、その二食をどうするのかとか、ヘルパーさんとかもあるんですけど、そういう部分で毎回は無いっていう。後は自分でお金を払って、毎回来ていただくとか、別のその料金が発生してくると、やっぱり、皆さん年金はそんなに沢山もらってないんですし、結局、預金を崩して生活をするような形なので、そのへんは、難しいところかなと思います。</li> <li>・お嫁にでてる娘さんが、昼間、見守りをして、夜は息子さんとかが帰って、見守りをするっていう、その家族で見守りをしている部分もありますので、そういうボランティアがもし増えたら、この負担は軽減するのかなっていう部分もあります。</li> <li>・ここらへんの地域は、本当に、配食がない、限られてますし、結構、配食って高いですから、それをね、毎日となってくると、すごく高いものについてきますし、だから、それが、まあ朝はいいとしても、昼・晩となってくると…</li> <li>・ボランティアさんっていっても、やっぱり、そうそう頼めるものではないですもんね…</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見守りボランティアとかはなかなかないですね…</li> <li>・認知症サポーターとか、そういう人とかに、やっぱりこう相談とかですれしたりとかは一応して、まあお話しするんですけど、じゃ、そのはみ出る部分を何かであれするっていうのは、そこまではないんですけど。困っているのは、やっぱりそこらへんのところですね。</li> <li>・配食は、施設の配食はあるんですが、ただ、ご利用者の方のサービスで、ご利用している方はさせていただきませんが、ただ、周りの地域性で、配食が少ないので、選べないというか。あの、制限食の方って多いじゃないですか、糖尿にしても、そうすると、やっぱり。食べて美味しくも、食事って大事じゃないですか、そうすると、冷凍もんだったら、本当に限られてくるし。</li> <li>・インフォーマルなサービスに繋がたいんだけど、その方たちにこの方の情報を提供していいんだろうとか、どこまでやってもらえるのか分からないし、紹介する勇気がないですね。</li> </ul>
<p>限度額が一杯になってしまい必要なサービスが導入できないことがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・定期巡回っていうサービスを導入すると、デイサービスにも行っていただいて、夜間の見守りもってということになると、どうしても限度額はオーバーしてしまう…</li> <li>・その方の安全を確保するためには、日中、デイサービスに行っていただくのが一番なのかなと思って、散歩の機会を少なくするということが必要なのかなと思って、今は週5でデイサービスに行っていただいていますけど、残り二日間はどうしてもお休みだったりとか、さすがに毎日というのも、本人さんはしんどいですし、介護保険の部分の使える枠もあるので。</li> <li>・介護度の軽い方が、あの、本当だったら、もっと介護サービス使いたいけど、限度額の関係で在宅にいるしかない。</li> <li>・軽い方が足りないです。沢山ディに行きたいんですけど、介護度がやっぱり1とか2とかだったら、やっぱり、それにたまに、お泊りしたいとか、組み合わせると入らないですね…</li> <li>・風呂のためにディに2回行きますから、それ以外、毎日、朝・昼・晩とヘルパーが入ってやると、足りないです。</li> <li>・限度額を超える方で、しかも認知症の場合は、小規模多機能に紹介します。</li> <li>・介護保険使ってる中で限度額とかあるじゃないですか、そうすると、やっぱり、こんなに超えちゃって思っても、やっぱり家族さんは、一人であるよりも心配だからっていうところで使っていたらいい方、葛藤ではないですけど、いいのかなっていう、ケアマネとしてはありますね。</li> <li>・サービスを導入したいんだけど、限度額が一杯になっちゃって必要なサービスが行き届かないことがあります。</li> <li>・訪問介護を沢山入れたいんだけど、一日に一回しか入れられないということは多々出てきます。</li> <li>・日曜日以外毎日デイサービスに来ていただいているんですね。やっぱり、要介護1ということで、オーバーしてしまうんですね。</li> <li>・認知症の方で限度額が一杯になった方は、一人だけです。</li> <li>・大体、グループホームと小規模ってくっついていきますからね、同じところで。小規模に行きながらグループホームを待つ感じになるので、たまたま限度額が超えちゃってる方は、認知症ディを毎日してる方で、やっぱりそこの方が合う。自主事業として、そこで泊まりも月2回くらいやってるし、すごく熱心だから、家族もここほど見てくれるところないから、多少超えてもここがいいって方ですね…</li> <li>・限度額が一杯になってサービスが入られないこともありますね。</li> <li>・もうここは仕方がないでしょうって、もう超えてるのは分かっているので持ち出しという形になる…</li> <li>・どうしても限度額を超えて必要になってくるっていうのはありますね。</li> <li>・サービスを導入したいんだけど限度額を超えてしまってサービスが十分に提供できないことはあります。</li> <li>・限度額が一杯になってしまうことがあります。</li> <li>・限度額までには抑えて欲しいというのがありますし、サービスの内容としても、もっと必要なやけれども、どうしても必要な支援を入れていくと、結構出て行くっていう人もいます。</li> </ul>
<p>経済的な理由でサービス導入が制限されてしまうことがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経済的な問題からサービスが入れないこともありますね。</li> <li>・経済的な問題は、ありますね。はい、もうしょうがない部分というのが、出てきますかね。</li> <li>・年金だけの方とか、後、家族さんがみえても、家族さんも、定年退職の時期になると、今後の自分の老後のことも考えると、手出しはできないとか、そういう問題は出てきますね。</li> <li>・こういうプランだといくらかかります、こういうプランだといくらかかります、ふところ事情、お財布事情に応じていくらでも組ませていただきますのでということで、ご理解を得て、必ずこちらが押し付けるのではなく、一緒に考えましょうというスタンスでいるようにはしてるんですけど…</li> <li>・分からないものに対する不安っていうのがあると思います。巷では、主には有料老人ホームのことが出るじゃない</li> </ul>

	<p>ですか、思ったより沢山請求されているという、それが施設に関わらず、在宅の介護サービスにも、介護費用っていうのが分からないというのが、ちょっと負担…</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経済的に負担感の強い方というのは、必要性は理解していても、具体的負担を心配して、拒否ではないんですけど制限する傾向にありますね。</li> <li>・高次脳障害、脳梗塞があったり、動脈の手術を受けられた、脳梗塞を発症されて、高次脳が残られた方ですけど、こちらの方は、病院の方はそんなに早くすると危ないよって言われても、費用的なこともあって、奥様が「早く退院さす」方もみえましたね。</li> <li>・本人さん、やはりお金のこともね、息子が、それを心配してるから自分がそんなサービス使ってもってという思いも、たぶんあったのかなと思って。</li> <li>・家族さんがおらん時心配やけど、お金の部分でね、もうちょっと、お金も言われると、なかなかサービスも、こういうのもありますっていうのも勧められないです。</li> <li>・経済的なことで、もっとサービス入れてあげたら楽なんだろうけど、入れられないというような場合があります。</li> <li>・経済的なことによってサービスの導入ができないって方もいらっしゃるんですけど、そういう方は、この間、生保を申請したんですけども、まだ下りないんですが、そういう方は食べるものから、もう気の毒なくらい節制して、生活を縮めている方はいらっしゃいます。結局お家でじっとしているだけ、サービスは使えないので…</li> <li>・お金があれば選択肢はいろいろあるだろうけど、金がないと必要なサービスは行き届かなくなりますね。後、家族がいくら働いてもお金が回らないとか、認知症が酷くなって仕事を辞めなくてはならなくてお金がないとかありますね…結構大きいですね。</li> <li>・経済的に苦しい方は、本当に1000円でも出せないっておっしゃるんですね。「こういうサービスありますよ」とご紹介しても諦めてしまわれる…</li> <li>・経済的に大変な方はいらっしゃいます。元々本人の年金が少なかったりとかで…</li> <li>・経済面がありますので、回数を増やすことによって利用料金が高くなる部分です、ちょっと無理と。介護度3くらいになったら利用料金も高くなるし…</li> <li>・年金を払ってなかったんで、年金がないのと、その介護保険料も自費だったから、その時期がちょっと使えなくてという人が、一人だけいらっしゃいました。</li> <li>・経済的な理由でサービス利用に消極的になってしまう方がいます。</li> <li>・そういう方って、本当言うと、家族さんが仕事している月曜日から金曜日までを、本当は、ヘルパーさんに入っていたのが一番、安心、慣れるまでそうしていただくのがいいんですけど、費用的な部分もあって…</li> <li>・認知症と診断されていても、薬の効果があるのか分からないから「飲みません」という、お金もかかるので、当時、認知症の薬が高かったんで、「それは出しません」という…家族の方から「飲ませません」という話がありました。</li> <li>・「経済的に余裕があれば預けられるんだけど」と言われます。</li> <li>・ADLがもう低下してきて、でも家族様が、ある程度ADLが保てて、通所に行ける間は、費用的なこともあるのですが、ギリギリまで介護をしていきたいと…</li> </ul>
<p>認知症の人は介護度が低く出る傾向があるため必要なサービスが導入できないことがある</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の人は介護度が低くなっちゃうということが出てくる…</li> <li>・介護度が低く出る傾向があるので、サービスが十分に使えないことに繋がっていきます。</li> <li>・調査員の方も、まあみてもらうに当たっては、その日の、その時間しかないんで、やっぱり家族さんがみてる部分っていうのは分からないので、思ったほどの介護度が出なかったりとかすると、やっぱり使えるサービスも決まってくるので、なかなかそういうジレンマがあります。</li> <li>・認知症が酷いのに、3のAだろうって人が付いてないとか、そういうことが多々あります…</li> <li>・認定調査の時に、本人さん抜きで、後で聞かれるので、反映されてチェックしてるんですけど、ただどうしても、結構動いちゃってというのはありますし、設定すればごはんは食べることができるとか…</li> <li>・認知症が進んでいるけれど、前年度と同じような内容がコメントされていると、それはご病気の面しかご覧になっていなかったり、本人さんだけの受診だったりするし、まあ私たちも、変わったらその都度情報提供っていうのをできていけばいいんですけど、なかなかそこまで、更新の時とか、変更申請の時しか情報を交換しないっていう現状はあります。</li> <li>・ご本人は、とても進行してるので、もう意志とかがないんですけども、私に関わらせていただいている方は、最初には包括の方から要支援が出たってことで、お話がきたんですけど、到底、要支援状態ではなくって…</li> <li>・認知症の方って、介護度自体があんまり重くならなかったりする場合は、どちらかという身体的に元気なの</li> </ul>



	<p>で。認定調査員さんがボンと来ただけだと、本当に普通に見られてしまうんですね、周辺症状があったとしても、その時は普通にいたりもするので、そうすると、認定自体が軽く出てしまうために、そういったサービス…本当は、もっともっと必要なのに、限度額があって使えないって場合もあります。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・動かれるもので、介護度がちょっと軽度に出るんですよね。頑張っても頑張っても軽度に出る。でも、活動的で介護に抵抗されるので、毎日デイサービスを利用したいんですが、軽度に出るので沢山は利用できません。</li> <li>・誰が来たのか、家族以外分からない。でも、訪問した時には取り繕って…</li> <li>・私たちが思ったよりは、介護度は低かったですね、自立ですからね。いくら調査で、自立はしていないって書いてあっても、認定審査会では主治医意見書は無視するわけにはいきませんからね…認定審査会で、主治医の先生が専門医であるとか、開業医であるとか、家庭医であるとか、全然分からない状態で、判断されますからね。</li> </ul>
<p>認知症の人の生活を支援するための地域住民との協力体制づくりに苦勞する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・民生委員さんとかに、いろいろ動いていただいて…</li> <li>・家族の方よりも近所の方が困ってしまうことがあります。</li> <li>・始めは、黙ってでもないですけど、お隣の家に入ってきて。そんな感じで、まあ四六時中ね、鍵を田舎ですもんで、割と開けっ放しの家が、鍵せずに施錠しない家があるもので、黙って家の中に入られてるとか、それで苦情があつて…</li> <li>・包括支援センターとか、それから自治会、民生委員さんとか、まあいろんな問題が生じた時に、皆で、私も含めて話し合いとかも、いろいろしてきまして、今はちょっと独居の一人暮らしの方、だいぶ落ち着かれてきています。</li> <li>・ご理解が得られない時は、地域の方が施設に入っていた方がいんじゃないかとかと、そういう感じの風潮があるんですけども…まあ、まだ今のところ、在宅で頑張っておられます。</li> <li>・どちらかという住民の方から、なかなかご理解の方が得られなかったりとかして、すぐにもう、認知症の一人暮らしイコール施設についてという感じで言われるので…</li> <li>・徘徊して近所のお家に入ってしまったわたりすると、見るに見かねて…</li> <li>・地域のボランティア活動、カン拾いとかも一緒に声かけしてもらったりとか、見守りの方をして、何か気がついたことがあったら、すぐ情報の方をお互い交換し合ってっていうことで、支えあいながらできている感じです。</li> <li>・退院されてみえた時に、地域の方、昔から地域で孤立してみえましたもので、認知症で退院されてからも、地域の方が、ちょっと迷惑みたいな感じで。だから、なかなか協力が得られなくて、ケアマネジャー、サービス事業者が主に関わっています。細かい部分での、介護保険のサービスでは、サービス事業者さんが関わってくれるんですけども、その他の部分で、本当やったら地域の方の協力が得られれば、生活はできてくるんですけど、やっぱり、孤立されてみえる方っていうのは難しいなかと…</li> <li>・物盗られ妄想で、物を持ってつたとかなくてくると、昔から仲良くしていただければ、問題はないんですけど、孤立してて、あまり近所と付き合いがないと、支援が難しい。</li> <li>・何かあった時に、緊急通報装置ってありますよね、あれを、どなたかにお願いできませんかって、お願いしても、やっぱり、しょっちゅう鳴らされてもかなわんと、なかなか、そういう部分で協力してもらえなかったりします。</li> <li>・介護保険のサービスでは、サービス事業者さんが関わってくれるんですけども、その他の部分で、本当なら地域の方の協力が得られれば、生活はできてくるんですけど、孤立されてみえる方は難しいなかと…</li> <li>・地域の方と親密にされてみえる方が認知症になったら、ある程度、支援っていうのはあると思うんです。ごはんを持ってきてあげたりとか、おかずを持ってきて、でも、孤立している方の支援は難しい。だから、やっぱり、地域で認知症の方を見守っていくっていうのは、田舎の部分でもあるのか、難しい部分はあるかなと思いますね。ちょっと覗いてくれるだけでもいいんですけど、民生委員さんとの連携も難しい。</li> <li>・安全確保できるような、何か私ができるところを、どういう風にしたらいいのかなと思って、民生委員さんの方にお話にあがって、家族さんの情報を得た上でお伝えしたりとか。</li> <li>・見えなくなった時は、連携をさせて下さいということは、お願いさせていただいて、もちろん存在も知っていた。で、何曜日はデイサービスに行かれていないので、何曜日は恐らくこの周辺を散歩されることになってますってことも情報を伝えて、何かちょっとお困りの様子があれば、私の方に連絡をいただくとかお願いします。</li> <li>・ご近所の方が、これだけテレビとかで認知症の報道があるにも関わらず、やっぱり、「ちょっとおかしくない…」とか言われることがあるので、本人さんよりも、周りを取り巻く方に理解していただくことが大切。</li> <li>・「ゴミが出てないんだけど」と、ケアマネに電話が効かってくると、ケアマネが「すみません、ショートに泊まっとった」とか、それがコミュニケーションになって「あ、じゃ、このケアマネさんやったら電話したらなあかん、通じるな」っていうので、まず失敗から始めて「あ、すみません、連絡してなかったとですね」とか言う</li> </ul>

	<p>と、そこで、ちょっと皆で見守ってるという感じになる。ケアマネだけでっていうのは一人暮らしは難しくなってくるので…</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夜中に出て行かれる方は、ご近所から声があって、ご家族がご両親の元に寝泊りするようになりました。ご近所からの声を聞いて、迷惑をかけているんだなってことで実家に泊まるようになった…</li> <li>・事が起こりかけてきた時に、民生委員さんに、「こういう方がいるので、また何らかの見守りというか、注意していただけたらと思います」ってことは言わせてもらいます。</li> <li>・市の配食サービスの方の安否確認とか、民生委員の方とか、結構いろんな方の見守りの中で、そんな感じですかね。</li> <li>・地域の住民の方が相談にのって行って、でも奥さんはそんなに思っていないし、ちょっとどうしようってことは多々あります。</li> <li>・後は、地域の人の見守り、民生委員さんとかにお願いして、そうですね…</li> <li>・民生委員さんの力はありますけども、後、安心見守り事業で、認知症の一人一人お願いしています。認知症の方も、一人二人お願いしてボランティアになってもらって、認知症サポーター養成講座を受けた人にステップアップ講座を受けてもらって、より学んでもらって対応できるようになってというのはやっています。もう、皆さんの力を借りないと無理っていうのが、とても介護保険だけでは無理です。</li> <li>・サロンなんかも行ってもらって、サロン行くくらいの人って、結構、いろんなことができる人が多いので、ご近所さんに頼んだりとか、社会福祉協議会に協力してもらったりとかはやっていますね。</li> <li>・案外ご近所の人とかが手伝ってくれたりする人が、特に団地とかだとそういった力がすごくあって、団結力がすごいですよ。ごはんを運んだりするし、見てると、団地の人の力は物凄い、ああいうところの力は大きいと思う、普段から付き合いがある人が…</li> <li>・全然知らない人を繋げるんです。ちょっとこの人合うかなって知り合いにさせてマッチングして…</li> <li>・見守り隊が結構ですね、生ゴミ出しとか、サービスも始まったし、見守りっていうか、地域での確認の一環として、ゴミ出し日に、ゴミが二週間出でなかったら、どこかに連絡とかですね、そういうのも始まったし、一人暮らしとか老老のときは、配食が昼か夕方か選べるようになってるので、デイサービスに行ってる日は3日くらい、デイサービスに行って帰って、毎日誰かが見守れる状態になってきたかな…</li> <li>・地域の人と連携は取りたいのですが、今までにその方と関係がないのに見守りの方を入れて混乱を招くのではないだろうかとか心配ですね。</li> <li>・ボランティアの人は、認知症ケアに詳しくって、ケアマネジャーと連携が取れている人でないと難しいですね。</li> <li>・地域の老人会の人と連携して、「あそこ見に行ってください」とか「定期的に訪問して下さいませんか」というのをやっています。</li> </ul>
<p>認知症の人の生活を支援するための多職種連携によるチームづくりに苦勞する</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症がない方と比較しての話ですけど、より家族をチームとして巻き込んだサービス調整が必要ですね。</li> <li>・不思議なことに、ケアマネが事業所に足を運んで連携を取ると、優しくなるんです、事業所さんが。</li> <li>・自分たちだけで頑張っているわけではないみたいな感じになってくれたらなんと、これは私がケアマネになる前に通所リハビリにいたものですから、ケアマネさんが来てくれる利用者さんは、みんな大事ですけど、利用者さんは、やっぱり足しげく、家族なりケアマネさん来てくれると、「あ、この方は大事にされている方なんだな」と見てた経験があるので、そういうのもまた、いい経験させてもらったと思うんですけど…</li> <li>・私、比較的、周りの方に恵まれて、いろんな方にいろんなことをしていただいたり、情報も沢山寄せていただけるので、連携で困るっていいことはないんですけど、連携を作るまでが、チームをいかに早い時期で作り上げかかっていうのは苦勞しますね。伝達事項を、どういうふうな段取りで回していくか、チームを作ってしまうと、もう流れてしまうのでいいんですけど、苦勞しているというのはチームをいかに早く作るかっていう、家族も含めてですね。</li> <li>・私が一方通行で中心になってするのではなく、皆が回るようになっていくんですかね、ヘルパーさんとデイと利用者さん中心に私がいて、私が中心に回るのではなく、あくまでも利用者さん中心に回るようにしています。</li> <li>・独居の認知症の方ってよくおられるんですけど、どれだけ家族をチームの中に巻き込んで、退院支援に結びつけていっていかかっていうのが難しいと思いますね。</li> <li>・いきなり専門医では敷居が高いので、まずは精神保健福祉士の人に繋いだりしています。</li> <li>・地域包括の方から情報をいただいて、それでヘルパーさんにも入っていただくようにしました。</li> <li>・困難事例だと判断すれば、もうそれこそ地域包括の方にもお声をかけます。</li> <li>・地域包括があまり力を入れてないと、民生委員さんとの連携もよくないですね。</li> <li>・困難事例とか、何か問題が起きた時は、包括さんには相談しますが、なかなか上手くいかないですね。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括に相談してもダメだって、何回か相談したけど意味がなかった…</li> <li>・地域の連携はなかなか、民生委員さんとの連携が取れているかというところがちょっと難しいところがある。</li> <li>・地域連携の集まりになった時に、ちょっと困難家庭もあるんですけど、息子さんも娘さんも介護に否定的で、ちょっと生活自体が不安な場合、近くの民生委員さんをお願いして、ちょっと火が出ていないかとか、家が潰れていないかだとか、何かそういうのを見守ってもらえるように依頼したことはあります。</li> <li>・民生委員さんとの連携が上手くいっていると、情報が上手く…こう、チームとして動きやすいというのはありますね。</li> <li>・独居の人でたまたま受けた方が、一人暮らしで軽い認知があって、冬なんですけど脱水で倒れているところを近くの方が…同じ団地の方が見つけてくれて、救急呼んでくれた方がいたので、民生委員さんにもちょっとお声かけして一緒に行っていた…</li> <li>・民生委員さんのプライバシーが配慮されているようで、ケアマネジャーに民生委員さんたちの連絡先が知らされていないんですね。教えて欲しいときは、包括さんに調べてくださいをお願いします。</li> <li>・本人さんもそうですし、ご家族も問題がありそうな場合は地域包括の方にも連絡して、一緒にちょっと関わってもらおうようにしています。</li> <li>・困った時には、まずサービスに入っている人たちに、本人を知っている人たちに相談しますかね。それでもなかなか糸口が見つからなかった時は、包括とか役所とか…</li> </ul>
<p>困難ケースに対して行政の協力がなかなか得られない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政とは全然ですね。基本、地域包括を通してって感じです。</li> <li>・行政の協力が得られなくて、ヘルパーさんにただ働きをしてもらい、申し訳ないと思います。</li> <li>・行政は、ゴミ屋敷の片づけを一切やってもらえない。個人の財産だからということで、やっていただけなくて、何回かちょっとお願いにも行ったんですが、それがやっていただけなかったのはちょっと…</li> <li>・行政は話は聞いてくれるんですが、何の対処もしてくれなかった。</li> <li>・本当に、ゴミ屋敷を何とか市の方で、行政で立ち入りができる方法はないのかなってというのは思います。</li> <li>・緊急の通院介助の時に、ヘルパーも次のサービスがあるし、ヘルパーだって食事摂らないと夕方までたぶん食べられない状況になるから、途中で、事務所の空いているヘルパーが交代で行ってくれて、人員交代して、結局無報酬ということが、行政の理解が得られず発生してしまいました。</li> <li>・緊急的な通院介助ですと保険者に交渉したんですが、救急車に付いて行くのは認めないと、保険裁定させないということになってしまったので、福祉はタダだというわけではないんですけど、制度上そういうことはできないことになっているんだということで、却下されました。</li> <li>・小さい市で財源も少ないし、人材もやっぱり少ないので、機動力という面では、やっぱりちょっと劣るかなと、動きは鈍いかなと思います。</li> <li>・行政との協力体制はスムーズではないかと思えますし、行政が関わっても結果が出ない。</li> <li>・行政には、その本人の本当のことって、なかなか理解してもらえないので、そういう部分の支援ではなくて…</li> <li>・直に行政というより包括を置いて、そこを市役所の人も取り込もうってことで、相談しながら巻き込んでいくことはありますけど、行政の協力はなかなか得られないですね。</li> <li>・行政は、なかなか難しいですよ。なかなかこちら側で、いろんな困難ケースとかあった場合に連絡はするんですけど、ただ行政の方も、なかなか思うように動いてくれない…</li> <li>・困難な利用者さんとかいた場合でも、ケアマネ付いてるんだから、そっちで何とかしてよって、包括で何とかしてっていうのが大きいですね…</li> </ul>
<p>消防署や警察署の協力が必要になると連携を取るのが大変である</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の方のお家の安全点検をさせて欲しいということで、消防署の方をお願いして、個別に点検していただきませんかという事で相談して、消防署の方がすぐ協力して下さいって、お手紙を最初にポストインして、本人にもお渡しして、4回に分けてその手紙を入れて、最後は日にちと時間を入れて、お話をしてディの送迎車に手紙が入っているので確認してねっていうふうに声をかけて準備しました。それでも当日に「私はそんな約束をした覚えはない」って言われて、ちょっとどうしようと思ったんですけど、とりあえず行ったら消防署の人が「安全点検をしたい」と、コンセントのところにホコリはないかとか、ネズミにコードをかじられてないかとか、ガスのそばにいろいろな物が置いていないかとか、点検させて欲しいということをお願いして、しゅしゅ鍵を開けてくれて中に入って。その時も、ディの職員と私ともう一人のケアマネと、みんなで入らせてもらって、とりあえず悪臭の元を、臭いのきついものは出して、窓を開けて、その方は窓も開けなければ、雨戸も閉めないで、それはちょっとやらせていただいたんですけど、それでも、まだ完全にはできてませんのでね…</li> <li>・市役所の代わりに地域包括の方、消防署の方等と連携を取るようになっています。</li> <li>・警察の方にも出向いて、このような方がみえるということまでお伝えしたりすることはあります。</li> </ul>

